

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'ARTICULATION DES SAVOIRS EN MILIEU INTERCULTUREL : LE CAS DES  
MÉDECINES MODERNE ET TRADITIONNELLE AUTOUR DU VIH-SIDA AU  
BURKINA FASO.

MÉMOIRE  
PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
AU MBA RECHERCHE EN MANAGEMENT ET TECHNOLOGIE

PAR  
CHARLOTTE BLANCHE

DÉCEMBRE 2006

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

L'écriture de ce mémoire est le fruit de rencontres inspirantes auxquelles je tiens à témoigner ma reconnaissance. Ainsi, j'aimerais remercier très sincèrement :

- ma directrice de mémoire, la Professeure Anne-Laure Saives pour sa disponibilité, son encadrement sans faille, ses suggestions invitant à la réflexion et ses corrections minutieuses.
- mes parents pour leur aide et pour leur soutien, et ce, dans tous mes projets.
- plus spécifiquement, dans le cadre de ce projet de mémoire, les docteurs Van de Perre, Msellati et Méda, pour m'avoir « ouvert les portes » de Bobo Dioulasso et assistée lors de ce voyage extraordinaire; mais aussi les Docteurs Bouzhena et Lewertowski ainsi que les professeurs Maïga et Ebrahimi pour leurs conseils éclairés.
- tous les répondants pour le temps et la confiance qu'ils m'ont accordé.
- Patricia et Laurent Garel pour leur accueil et leur soutien.
- mon professeur de Sciences Économique et Sociale Prisca Giraud ainsi que l'institution Thérèse Chapuis pour avoir cru en moi et m'avoir redonné goût aux études.
- les membres du GEIRSO, qui m'ont permis de mener à bien ce projet
- mes amis pour leurs soutiens et particulièrement mon camarade de travail tout le long du MBA-Recherche : mon ami Guillaume Blum, pour toutes ses

discussions passionnantes et moins passionnantes et surtout pour ces francs moments de rigolade.

Je tiens enfin à remercier mon compagnon, mais aussi Rachel, Lucien, Hannah et Julien pour leur soutien tout particulier et oh combien essentiel ainsi que Dj LaM. pour ses interludes musicaux lors des longues séances de travail.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	2
TABLE DES MATIÈRES .....	4
LISTE DES FIGURES ET PHOTOS .....	8
LISTE DES TABLEAUX.....	10
RÉSUMÉ.....	11
INTRODUCTION.....	12
CHAPITRE I	
MISE EN CONTEXTE .....	15
1.1 Présentation du pays.....	15
1.1.1 Un profil démographique.....	16
1.1.2 Un profil politique .....	16
1.1.3 Un profil sanitaire .....	16
1.2 Le VIH-SIDA au Burkina Faso .....	17
1.2.1 Une lecture occidentale.....	18
1.2.2 Une lecture locale .....	18
1.2.3 Une lecture locale au contact du Nord.....	18
1.3 La stratégie gouvernementale .....	19
CHAPITRE II	
LA REVUE DE LITTÉRATURE.....	21
2.1 Gestion des connaissances : approches, théories, définitions. ....	22
2.1.1 La gestion des connaissances.....	22
2.1.2 Première approche : la capitalisation .....	23
2.1.3 Limites de la première approche par l'étude de quelques concepts.....	24
2.2 La connaissance .....	30
2.2.1 La nature de la connaissance.....	30
2.2.2 Le caractère de la connaissance .....	31

2.2.3	La mise en commun des différents savoirs : une nécessité.....	35
2.3	Retour aux sciences de la gestion.....	38
2.3.1	Les apports du management interculturel.....	38
2.3.2	Intérêts du management interculturel.....	39
2.4	L'apport du modèle de Nonaka à la gestion des connaissances.....	40
2.4.1	Origine et intérêt du modèle de Nonaka .....	40
2.4.2	Théorie de la création de connaissances ou le modèle SECI.....	41
2.4.3	Les composants du modèle de création de connaissances .....	47
2.4.4	Les conditions de la création de connaissances. ....	52
2.4.5	La création d'un guide pratique .....	57
CHAPITRE III		
LE CADRE CONCEPTUEL ET PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE .....		60
3.1	Le cadre conceptuel .....	60
3.2	Problématique de recherche .....	63
3.3	Objectifs de recherche.....	64
CHAPITRE IV		
METHODOLOGIE .....		65
4.1	Justification de la méthode adoptée .....	65
4.2	Présentation du terrain .....	66
4.3	La collecte de données. ....	67
4.3.1	Les entretiens .....	68
4.3.2	L'observation.....	73
4.4	Les outils pour l'analyse de données : une analyse de contenu .....	75
CHAPITRE V		
BILAN DES OBSERVATIONS ET DES ENTREVUES .....		78
5.1	Contexte de la recherche.....	79
5.1.1	Deux manières d'aborder la maladie .....	79
5.1.2	Le parcours thérapeutique des patients .....	80
5.1.3	Le paradigme du monde moderne.....	82
5.1.4	Une réalité structurelle et politique.....	83
5.1.5	Conseils préliminaires.....	84
5.2	Le monde des tradipraticiens de Bobo Dioulasso.....	85
5.2.1	Mode de fonctionnement des tradipraticiens .....	85

5.2.2	Inscription du savoir traditionnel dans le monde bobolais .....	89
5.2.3	Évolution des modes de fonctionnement des tradipraticiens .....	93
5.3	Le monde biomédical de Bobo Dioulasso .....	98
5.3.1	Mode de fonctionnement .....	98
5.3.2	Inscription du savoir biomédical dans le monde bobolais .....	103
5.4	Deux savoirs qui ne se rencontrent pas .....	106
5.4.1	Ceux qui ne souhaitent pas collaborer .....	106
5.4.2	Ceux qui sont contre mais qui « laissent faire » .....	110
5.4.3	Ceux qui ne sont pas contre une collaboration mais qui ne le font pas .....	111
5.5	Lorsque les deux savoirs se rencontrent.....	114
5.5.1	À Bobo Dioulasso .....	114
5.5.2	À Paris .....	120
5.5.3	Les impératifs d'une rencontre fructueuse.....	121
CHAPITRE VI		
ANALYSE .....		125
6.1	État sur le terrain : deux types de savoirs.....	126
6.2	L'articulation de ces deux types de savoirs sur le terrain de Bobo Dioulasso .....	129
6.2.1	Un phénomène de socialisation cloisonné. ....	129
6.2.2	Un phénomène de socialisation inexistant entre les deux savoirs.....	132
6.2.3	Les autres phases .....	137
6.2.4	Une ébauche de conclusion.....	142
6.3	Pour aller plus loin .....	145
6.3.1	La socialisation .....	146
6.3.2	L'extériorisation.....	148
6.3.3	La combinaison.....	150
6.3.4	L'intériorisation .....	150
6.3.5	Les niveaux ontologiques .....	152
6.3.6	Une conclusion à la lumière des conditions du modèle de Nonaka .....	152
CONCLUSION .....		156
BIBLIOGRAPHIE .....		161
APPENDICE A		
DÉCLARATION D'ALMA ATA .....		165
APPENDICE B		

GUIDE D'ENTRETIEN .....	170
APPENDICE C	
PRÉSENTATION DES RÉPONDANTS .....	172
APPENDICE D	
GUIDE D'OBSERVATION .....	174
APPENDICE E	
QUELQUES PHOTOS SUPPLÉMENTAIRES .....	178



## LISTE DES FIGURES ET PHOTOS

Figure	page
Figure 1.1	La carte du Burkina Faso (www.wikipedia.com), juin 2006. .... 15
Figure 2.1	Les phases de conversion d'après Nonaka et Takeuchi (1997) .... 42
Figure 2.2	La spirale des connaissances d'après Nonaka et Takeuchi (1997) 45
Figure 2.3	La spirale de création de connaissance aux différents niveaux ontologiques selon Nonaka et Takeuchi (1997)..... 46
Figure 2.4	La création de connaissance intégrant la spirale des connaissances selon Nonaka et Toyama (2003)..... 47
Figure 2.5	Les différentes sortes de Ba selon Nonaka et Konno (1998)..... 50
Figure 3.1	Le cadre conceptuel ..... 62
Figure 5.1	L'explicitation du savoir biomédical à l'aide de schéma tracé par un infirmier français de l'hôpital de jour de Bobo Dioulasso. Mai 2006. .... 117
Figure 6.1	La présence de différents savoirs et de différents acteurs autour du concept de maladie-guérison. .... 127
Figure 6.2	L'espace thérapeutique du patient ..... 128
Figure 6.3	La dynamique du modèle de Nonaka dans le système de soins de santé à Bobo Dioulasso..... 137
Figure 6.4	Les différents niveaux ontologiques du modèle de Nonaka ..... 144
Figure 6.5	Dynamique de Nonaka, lorsque les deux savoirs se rencontrent 151
Photo	page
Photos 1:	Le jeune garçon participe (en apportant le poulet sacrifié) et assiste à la cérémonie. Il acquière ainsi, le savoir tacite des siens. Mai 2006. .... 87

Photos 2 :	La structure hospitalière en décalage avec la réalité des populations. Mai 2006. ....	89
Photo 3 :	Un des membres de l'association des tradipraticiens. Mai 2006. .	95
Photo 4 :	Les étagères de remèdes chez les néotradipraticiens. Mai 2006...	97
Photos 5 :	L'explicitation du savoir biomédical par l'affichage. Mai 2006.	138
Photo 6 :	Dossier de patient de l'hôpital Souro Sanou. Mai 2006.....	141

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau	page
Tableau 1.1	Tableau comparatif de l'état sanitaire du Burkina Faso en 2004 17
Tableau 2.1	Caractéristiques de l'apprentissage par l'information et de l'apprentissage par la pratique, inspiré de Sveiby (2000). ..... 26

## RÉSUMÉ

Ce mémoire, s'intéresse à la pluralité des compréhensions et des actions qui entourent la maladie du VIH-SIDA au Burkina Faso. Caractérisés grossièrement, ces différents savoirs se divisent en deux catégories antagonistes : un savoir traditionnel, local et un savoir biomédical, moderne, venu de l'occident avec la colonisation. En considérant les institutions hospitalières comme des organisations, nous proposons de faire appel aux théories managériales, notamment dans le champ de la gestion des connaissances pour comprendre comment peuvent se partager ces différents savoirs. La théorie de Nonaka qui voit dans le partage des connaissances une source d'innovation technique, mais aussi sociétale nous servira de modèle pour comprendre et observer l'articulation des connaissances en milieu interculturel. Nous nous attacherons au terrain spécifique de la ville de Bobo Dioulasso au Burkina Faso où le gouvernement tente justement d'institutionnaliser la mise en commun des savoirs biomédicaux et traditionnels afin de répondre plus adéquatement aux besoins de la population burkinabè. Plus précisément une série de 19 entrevues et un mois d'observation sur place alimentent notre compréhension du sujet. Nous tenterons enfin, dans ce cas particulier de modéliser une articulation optimale des connaissances, notamment via l'observation complémentaire et comparée d'une équipe de médecins qui en France interviennent auprès d'immigrés et revendiquent l'existence d'étiologies multiples.

In this thesis, we will attempt to underline the plurality of visions and practical approaches to the spreading HIV-AIDS outbreak in Burkina Faso. Schematically, there are two opposite concepts: one trend is based on a traditional home-grown wisdom whereas the modern, biomedical, western knowledge was established during the colonial period. Considering medical institutions as organisational units, we propose for their study to use management theories, especially within the framework of knowledge management, to further our understanding of knowledge sharing and its potential as a positive exchange factor between the two visions. The model defined by Nonaka's theories, in which knowledge sharing is a force behind societal and technical innovations, will serve as the main frame for this work. Our study is set in the city of Bobo Dioulasso in Burkina Faso where the government tries to promote a continuous sharing of traditional and modern concepts in order to better address the needs of the local population. More precisely, a series of 19 interviews and a month of observation on site will be the source of information for our topic's understanding. Finally, we will try to outline a model aimed at the optimal exchange of knowledge, particularly in the light of the results of a French team of doctors who work and intervene with immigrants.

## INTRODUCTION

Tandis que les efforts de prévention se multiplient, l'ONU déclare dans son dernier rapport que l'épidémie mondiale de VIH-SIDA ne montre aucun signe de fléchissement. En 2004, près de 5 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH, un chiffre annuel record depuis le début de l'épidémie<sup>1</sup>. Le nombre total de malades à travers la planète s'élève aujourd'hui à près de 40 millions.

L'Afrique subsaharienne, qui compte 10 % de la population mondiale, abrite les deux tiers des personnes infectées par le VIH, au sein desquels seule une minorité de malades (seulement 4 %) a accès à un traitement.

Malgré les efforts déployés par la médecine moderne pour juguler l'épidémie, le nombre de malades continue d'augmenter. Outre les moyens insuffisants, les intervenants ne se trouveraient-ils pas face à une rationalité différente, que leurs savoirs formels médicaux ne pourraient expliquer ?

En effet, dans la mesure où les notions de maladie et de guérison sont des concepts fortement teintés par la culture locale, une collaboration accrue avec la médecine traditionnelle locale ne pourrait-elle pas pallier cette difficulté ?

À la lumière des sciences managériales interculturelles<sup>2</sup>, il apparaît que les équipes pluriculturelles<sup>3</sup> font face à de nombreuses difficultés. Ces obstacles semblent pourtant surmontables lorsque les échanges profonds entre les équipes se multiplient.

---

<sup>1</sup> <http://www.unaids.org>

<sup>2</sup> nous entendons « interculturelles » dans le sens de rapports, d'échanges entre les cultures.

<sup>3</sup> nous entendons « pluriculturelles » dans le sens de composées de plusieurs cultures.

Si la levée de ces obstacles nécessite la prise en compte des variétés culturelles, on peut se demander dans quelle mesure la compréhension de ces différences et de la dynamique de l'articulation des connaissances pourraient permettre d'optimiser la qualité des soins.

La voie que nous avons choisie pour répondre à ces questions nous amène dans le champ de la gestion des connaissances.

En règle générale, les recherches effectuées en sciences de gestion font état des difficultés à articuler et à transférer les savoirs d'origines différentes (scientifiques et universelles, autochtones et locales), phénomène qui s'accroît en contexte interculturel. Cependant, aujourd'hui, les sciences managériales, influencées par l'avènement de l'économie du savoir, présentent des modèles de gestion des connaissances qui tentent d'optimiser les transferts de savoirs au sein des organisations.

En apparentant le concept d'organisation au système de soin, l'objectif sera alors de comprendre l'articulation des savoirs en milieu interculturel, par le biais des modèles élaborés en management, et par l'observation des interactions entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle, au travers de leurs protagonistes respectifs. À l'aide des modèles de gestion des connaissances, notamment celui de Nonaka et Takeuchi (1997), nous tenterons d'identifier les logiques de création et de transfert des savoirs pratiques et théoriques autour de la maladie du VIH-SIDA et de son traitement dans le contexte interculturel d'un pays africain.

Cette étude visera ainsi à modéliser une articulation plus optimale des savoirs divers et tentera ainsi de contribuer à une gestion plus efficiente des traitements offerts dans une perspective de développement durable.

L'étendue de la problématique nous poussant à circonscrire notre recherche, nous présentons dans une première partie une mise en contexte qui nous permettra d'entrer en contact avec la réalité sanitaire de notre terrain, le Burkina Faso.

Nous aborderons ensuite, dans une seconde partie que constituera la revue de littérature, les différents concepts théoriques entourant nos questionnements.

De cette dernière émergera le cadre conceptuel et les questions de recherche que nous présenterons dans une troisième partie. Pour tenter de répondre à ces questions, nous nous rendrons sur place, dans la ville burkinabè de Bobo-Dioulasso, que nous présenterons en même temps que notre approche et nos outils méthodologiques dans une quatrième partie.

Nous exposerons ensuite les observations réalisées sur notre terrain que nous tenterons d'analyser dans une sixième et dernière partie.

## CHAPITRE I

### MISE EN CONTEXTE

Burkina Faso qui signifie « le pays de l'homme intègre » est un pays de l'Afrique de l'Ouest qui compte une population de plus de 13 millions d'habitants. Ougadougou en est la capitale mais aussi la plus grande ville. Notre terrain de recherche se fera dans la ville de Bobo Dioulasso, capitale économique et deuxième plus grande ville du pays, en termes de population.

#### 1.1 PRÉSENTATION DU PAYS



Figure 1.1 La carte du Burkina Faso (www.wikipedia.com), juin 2006.



### 1.1.1 Un profil démographique

Le taux de natalité y est élevé : la population est donc très jeune et majoritairement rurale puisque 17 % de la population vit en zone urbaine (EDM, 2005). Le taux d'alphabétisation est de 36,9 % chez les hommes et de 16,6 % chez les femmes.

L'économie du Burkina Faso est essentiellement basée sur l'élevage et l'agriculture (le coton représente 60 % des recettes du pays). En 2001, près de la moitié (45 %) de la population vit au dessous du seuil absolu de pauvreté soit 72 690 FCFA par an (environ 155\$ CND) (CNLS).

### 1.1.2 Un profil politique

Sorti du colonialisme le 5 août 1960, le Burkina Faso a connu une multitude de régimes : république autonome dans l'union française, régime républicain à parti unique, régime républicain à partis multiples, régime du renouveau, front populaire, .... C'est aujourd'hui une république unitaire avec un régime présidentiel dont Blaise Compaoré est à la tête depuis 1987 (Kaboré, 2002).

### 1.1.3 Un profil sanitaire

Caractérisée par une morbidité et une mortalité élevée, l'espérance de vie au Burkina Faso est d'environ 44 ans pour les hommes et 46 ans pour les femmes (OMS 2004). Le Burkina Faso, dont l'indice de développement humain est de 0,302, est considéré comme l'un des pays les moins avancés (175<sup>ème</sup> rang mondial) soit un des derniers avant le Niger et Sierra Leone (EDM). Le ratio personnel de santé/ population est en-dessous des normes de l'OMS.

**Tableau 1.1** Tableau comparatif de l'état sanitaire du Burkina Faso en 2004 <sup>4</sup>

	BURKINA FASO	NORME OMS
Indice de Développement Humain	0.302	
Espérance de vie à la naissance	45.8	
Nombre de médecins (pour dix mille habitants)	0,4	1
Nombre d' infirmiers (pour dix mille habitants)	1	2
Nombre de sage- femmes (pour dix mille habitants)	0.04	2
Nombre de tradipraticiens (pour dix mille habitants)	50	

Le total des dépenses de santé par habitant est de 38\$ US par année, et le total des dépenses de santé représente 4,3 % du PIB (OMS, 2004).

Le profil sanitaire du Burkina Faso est aussi caractérisé par la présence d'une médecine traditionnelle qui assurait la majeure partie de la couverture des besoins de la population avant la période de colonisation. Lors de cette dernière, la médecine traditionnelle a été proscrite au profit de la médecine moderne, importée par les colons. C'est seulement après l'indépendance que des mesures seront prises pour revaloriser la médecine traditionnelle.

## 1.2 LE VIH-SIDA AU BURKINA FASO

C'est en 1986 que le Burkina Faso reconnaît officiellement l'existence de l'infection par le VIH-SIDA en déclarant 10 cas à l'OMS. On note différentes lectures quant à la conception de la maladie.

<sup>4</sup> Données combinées issues du EDM 2004, de l'article paru dans l'hebdomadaire n°279 du 13 au 19 août 2004 et du décret n° 2004-567PRES/PM/MS/MCPEA/MECV/MESSRS

### 1.2.1 Une lecture occidentale

Pour les occidentaux, la propagation du VIH-SIDA au Burkina Faso est en partie due aux spécificités culturelles (multi-partenariat sexuel), sociales (précarité, pauvreté) et géographiques (carrefour, lieu de passage).

En ce qui concerne les conséquences, une bonne partie de la littérature consultée présente le VIH-SIDA comme une maladie dont les effets sont essentiellement perçus en termes économiques : l'épidémie apparaît alors comme un obstacle au développement, un manque à gagner pour les pays, en termes de main d'œuvre et de revenus économiques futurs.

### 1.2.2 Une lecture locale

Pour les Burkinabè, la compréhension des causes et des conséquences de la maladie est toute autre. C'est en faisant appel aux notions de l'anthropologie, qu'il est possible de rendre compte de cette lecture locale.

Ainsi, au Burkina Faso comme dans de nombreuses régions d'Afrique, les mondes spirituels et humains sont indissociables. Au travers des ancêtres, des déités ou des esprits locaux, des liens s'établissent entre les deux mondes (Beckwith et Fisher, 1999). La cause de la maladie renvoie alors à des transgressions d'interdits, des interventions des ancêtres, des génies ou des actions sorcellaires (Dozon, 1996).

Pour ce qui est des conséquences de la maladie, on observe une stigmatisation des malades et dans une certaine mesure, un rejet des malades par leur famille ou par leur communauté.

### 1.2.3 Une lecture locale au contact du Nord

Cependant, la cause de la maladie dans une compréhension magico-religieuse telle que présentée, n'a plus seulement cours. En effet, certains malades perçoivent désormais la maladie « dans une modernité originaire du Nord » (Dozon, 1996). Ces interprétations ne s'opposent pas aux causalités plus traditionnelles comme la transgression d'interdits ou la sorcellerie qui ne sont pas du tout, à leurs yeux, incompatibles avec une explication

biomédicale. On rapporte aussi l'existence de médecins appelés néo-traditionnels qui placent leur propre savoir et savoir-faire dans le mouvement général de la science (Dozon, 1996).

### 1.3 LA STRATÉGIE GOUVERNEMENTALE

Créé en 2001, le secrétariat permanent du Conseil national de lutte contre le VIH-SIDA et les IST (SP/CNLS), est un organe de coordination de la lutte contre la pandémie du VIH-SIDA et les IST au Burkina Faso. Il se réunit deux fois par an sous la présidence du chef de l'État, Blaise Compaoré.

L'engagement de soutenir les tradipraticiens est sans réserve. L'État burkinabè cherche à préserver le patrimoine thérapeutique national et a souscrit à des déclarations et résolutions internationales en faveur du développement et de la promotion de la médecine traditionnelle. Il a notamment signé la déclaration d'Alma Ata de 1978, qui reconnaît la médecine traditionnelle et les tradipraticiens de santé comme étant des partenaires importants pour atteindre l'objectif de santé pour tous (Appendice A). Le Burkina Faso est aussi signataire de la déclaration des chefs d'État de l'Union Africaine à Lusaka, en Zambie qui fait de la période 2001-2010, la décennie de la médecine traditionnelle africaine.

Ainsi la médecine traditionnelle est légalement reconnue depuis 1994 au Burkina Faso. La politique sanitaire actuelle vise une intégration des pratiques médicales et traditionnelles malgré les difficultés présumées d'une approche pluridisciplinaire. Cette approche vise, au travers d'une dizaine d'objectifs, présentés dans l'encadré 1, à améliorer la couverture des besoins sanitaires de la population et à prendre en compte de manière effective et efficiente la médecine et la pharmacopée traditionnelle dans le système de santé. Les objectifs 3, 4, 5 et 8 constituent, à ce propos, les enjeux pratique d'un partage des connaissances.

### LES OBJECTIFS

*Décret 2004-567/PRES/PM/MS/MCPEA/MECV/MESSRS*

*Du 14 décembre 2004*

**Objectif 1** : assurer un bon exercice de la médecine traditionnelle au Burkina Faso.

**Objectif 2** : élaborer un système de regroupement des compétences.

**Objectif 3** : préciser le type de relation et de collaboration entre médecine traditionnelle et médecine moderne.

**Objectif 4** : améliorer par une formation adéquate la compétence des tradipraticiens de santé.

**Objectif 5** : initier la formation des agents de santé en naturothérapie

**Objectif 6** : renforcer la recherche scientifique en matière de médecine et de pharmacopée traditionnelle.

**Objectif 7** : améliorer le système de production et de distribution des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle.

**Objectif 8** : mettre en place un cadre d'informations et d'échanges.

**Objectif 9** : mobiliser les ressources nécessaires au financement de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle.

**Objectif 10** : contribuer à la protection des zones de peuplement naturel et à la promotion de la culture des plantes médicinales.

**Encadré 1** : Orientations nationales burkinabè en matière de médecine et pharmacopée traditionnelles : 10 objectifs spécifiques.

Cette volonté politique de légiférer sur la nécessité d'une mise en commun des différents savoir-faire, traduit une prise de conscience de l'intérêt d'un partage des connaissances. Aussi , avant d'observer comment cela se concrétise sur notre terrain de recherche, nous allons aborder la littérature dans le champs managérial qui traite des concepts de connaissance, de gestion des connaissances et de partages de connaissances.

## CHAPITRE II

### LA REVUE DE LITTERATURE

Notre sujet de recherche consiste à comprendre comment s'articulent les savoirs de la médecine traditionnelle au sein des savoirs dits scientifiques de la médecine moderne dans le cadre de la maladie du VIH-SIDA et ce, dans le contexte interculturel du Burkina Faso. Considérant le système de soins de santé comme une forme d'organisation, ce sujet nous conduit dans les champs de la gestion et du management interculturel, mais aussi dans celui de l'anthropologie.

Nous présenterons donc, dans une première partie, une revue de la littérature traitant de la gestion des connaissances dans une approche de capitalisation ainsi que ses limites. Nous aborderons ensuite, dans une seconde partie, ce qu'est le concept de connaissance et en empruntant à l'anthropologie, et aux écrits sur le secteur de l'humanitaire, nous verrons l'intérêt et les difficultés de la mise en commun de différents savoirs. Nous reviendrons enfin, dans une troisième partie, sur le modèle de Nonaka, modèle fédérateur, qui devrait, en théorie, combler les limites abordées dans la première partie et répondre aux problèmes soulevés dans la seconde. Les différents concepts abordés nous permettront d'aboutir à une problématique et à nos questions de recherche.

## 2.1 GESTION DES CONNAISSANCES : APPROCHES, THÉORIES, DÉFINITIONS.

### 2.1.1 La gestion des connaissances

La gestion des connaissances est née avec l'avènement de l'économie fondée sur les connaissances, qui selon Foray (2000, p. 18), « s'exprimerait moins par l'expansion continue d'un secteur spécialisé, que par la prolifération d'activités intensives en connaissance, dans tous les secteurs de l'économie ».

Le monde de la gestion passe, aujourd'hui, d'une logique industrielle à une logique de savoirs (Sveiby, 2000). Dans ce contexte économique où les connaissances sont les plus importantes des actifs immatériels (Sveiby, 2000; Foray, 2000) la gestion des connaissances vise donc à créer dans l'organisation les conditions nécessaires à un développement maximum des compétences c'est-à-dire à un développement de la capacité d'innovation, de la réactivité (Beyou, 2003).

Bouvard et Storhaye (2002, p. 20) parlent de « mémoire vivante » qui permettrait de « maintenir et faire évoluer les connaissances et le savoir-faire de l'entreprise et d'ouvrir de nouvelles perspectives stratégiques ». Le Knowledge Management consiste pour ces auteurs à créer un flux optimal de connaissances, alimenté par tous les acteurs de l'organisation.

Cet engouement pour la gestion des connaissances connaît pourtant une véritable évolution dans la définition de ce qu'est la gestion des connaissances, dans sa conception et dans la manière dont elle est traitée (Beyou, 2003).

Aujourd'hui, elle se distingue en effet, de la capitalisation des connaissances dont l'objectif était différent et consistait essentiellement à éviter la déperdition des connaissances, à favoriser leur conservation et leur transfert (Beyou, 2003). L'objectif organisationnel ne vise plus seulement une compilation des connaissances : on assiste à la volonté de créer de nouvelles connaissances par le partage de cette dernière.

Plusieurs auteurs se sont attachés à décrire la gestion des connaissances, selon leur époque et leurs conceptions. On peut classer ces perceptions selon 2 types d'approches : une première

approche visant la capitalisation des connaissances, présentée ci-dessous et une seconde approche visant leur création, mais dont nous ne traiterons qu'en fin de chapitre.

### 2.1.2 Première approche : la capitalisation

La première approche conçoit la gestion des connaissances comme un capital à préserver (Beyou, 2003). L'organisation est alors perçue comme un bassin de connaissances qu'il faut protéger. Penrose (1959) s'intéresse, dans cette même perspective, à la firme et au phénomène de croissance de cette dernière via la gestion de ses ressources clés. Il convient alors de mettre l'accent sur les facteurs de production avec lesquels une entreprise travaille et sur les progrès de l'expérience et des connaissances de l'employé car ce sont ces facteurs qui détermineront dans une large mesure la capacité de l'entreprise à s'adapter et à croître. Cependant, si la connaissance est bien identifiée dans l'entreprise, Penrose (1959) ne présente ni modèle ni explication sur l'articulation ou la création de ces connaissances. Plus récemment, la conception de la gestion des connaissances n'est plus seulement une question de capitalisation mais insiste sur une logique de qualité et intègre les démarches de retour d'expériences (Beyou, 2003; Ballay, 2002). La connaissance est aussi un phénomène bien présent dans l'entreprise mais qui n'est pas étudié spécifiquement. Puis les théories s'orientent vers la formalisation de toutes les connaissances-clés : la gestion des connaissances vise alors à la formalisation ou au partage des bonnes ou des meilleures pratiques (Beyou, 2003; Ballay, 2002). Par la suite, l'organisation est perçue comme gestionnaire de connaissances. Ainsi, pour Paraponaris (2002, p. 105) les enjeux du management des connaissances sont désormais « de produire une image du patrimoine cognitif de l'organisation afin d'en relever les opportunités et les lacunes au regard d'un projet de développement stratégique ».

Avant de présenter la seconde approche, nous nous attarderons sur quelques concepts de la gestion des connaissances car dans les perspectives présentées précédemment, les connaissances sont formalisées, capitalisées et sélectionnées à des fins de transfert via des outils informatisés. Or, selon Ballay (2002), le système d'information ne suffit pas à créer des processus d'apprentissage.



### 2.1.3 Limites de la première approche par l'étude de quelques concepts

Nous abordons ici quelques concepts rattachés à la gestion des connaissances dont l'étude tend à limiter l'intérêt de la première approche; il s'agit des notions d'apprentissage, de transfert des connaissances et de l'interculturel. Ces derniers sont eux aussi largement traités dans différentes disciplines, pour les fins de ce mémoire, nous n'aborderons que les notions abordées par les sciences de la gestion.

#### 2.1.3.1 Le concept de l'apprentissage

L'apprentissage peut être individuel ou organisationnel. Lorsqu'il est individuel, il se distingue selon Foray (2000) en deux niveaux d'apprentissage. Le premier est un apprentissage de nature routinière qui dépend de la répétition de l'action. Il est universel dans la mesure où chacun peut en tirer parti. Le second niveau d'apprentissage consiste, pour sa part, à réaliser des expériences au cours de l'activité de production de biens ou de services.

L'apprentissage peut aussi être organisationnel. C'est alors un « phénomène collectif d'acquisition et d'élaboration de compétences qui, plus ou moins profondément, plus ou moins brutalement modifie la gestion des situations et les situations elles-mêmes » (Koenig dans Tarondeau, 1998, p. 32). Bien que défini par analogie avec le concept d'apprentissage individuel, l'apprentissage organisationnel est cependant bien différent. Il s'agit d'un phénomène collectif qui suppose que « l'acquisition du savoir, même s'il est strictement individuel, a des effets sur l'organisation ou sur plusieurs de ses membres » (Hubert dans Tarondeau 1998, p. 32).

Par ailleurs, comme le montre Tarondeau (1998), l'apprentissage suppose l'acquisition de savoirs. Il existe divers modes d'acquisition du savoir : les savoirs peuvent en effet être innés, transférés, acquis ou développés au sein de l'organisation et parfois désappris. En effet, l'auteur souligne que certains savoirs ancrés dans les routines organisationnelles sont parfois sources d'inertie et de résistance au changement. Savoir désapprendre peut alors se révéler aussi important qu'apprendre (Tarondeau, 1998).

Ainsi « l'ensemble des savoirs possédés collectivement par une organisation n'est pas réductible, ni à ce que chacun des membres de l'organisation sait, ni à la somme des savoirs

individuels » (Nelson et Winter dans Tarondeau, 1998, p. 32) car les savoirs individuels se diffusent et se combinent pour produire de nouveaux savoirs. L'apprentissage organisationnel augmente avec le nombre d'entités qui, dans l'organisation, ont acquis un savoir et le juge utile.

L'apprentissage organisationnel ne se limite donc pas à un processus d'acquisition et d'agrégation de savoirs individuels mais comporte aussi des processus de diffusion, d'interprétation, de confrontation et d'échange, de combinaison dans lesquels se construit le savoir collectif (Tarondeau, 1998). Ce processus dynamique est assez proche de la compréhension de l'apprentissage par Nonaka et Takeuchi (1997) que nous verrons plus tard mais n'est pas considéré dans la première catégorie d'approche présentée plus tôt.

#### 2.1.3.2 Le transfert de la connaissance

L'apprentissage suppose un transfert de connaissances qui peut s'effectuer, selon Sveiby (2000), de deux manières différentes : soit par l'information, soit par l'expérience ou la pratique.

Si l'information est traditionnellement considérée comme idéale pour communiquer une connaissance explicite, parce qu'elle est rapide, sûre et indépendante de son émetteur, Sveiby (2000) montre que les gens réagissent à l'égard des mots de façon personnelle parce qu'ils y mettent leurs propres acceptations, leurs propres émotions, et leurs interprétations à la lumière de leurs expériences passées. Puisque l'interprétation de l'information est fondée sur l'expérience, le contexte, les situations et est influencée par les émotions, chaque interprétation est donc unique et propre à chacun. Ainsi, l'information est pour Sveiby (2000) une méthode inefficace pour transférer la connaissance d'une personne à une autre car ce sont les destinataires, et non les émetteurs, qui donnent son sens à l'information. Le sens exprimé par une personne n'est donc jamais le même que le sens généré dans l'esprit de celui qui reçoit l'information.

Il existe diverses méthodes de transfert de connaissances. La méthode la plus courante, mais aussi la moins efficace est le cours magistral. Si une combinaison du son et de l'image est un peu meilleure, l'apprentissage par la pratique reste le plus efficace. «Les cours magistraux et

les présentations audiovisuelles sont des exemples de transferts de la connaissance par l'information, l'apprentissage par l'action étant un exemple de transfert de connaissance par tradition » (Sveiby, 2000, p. 87).

La compétence (le savoir-faire, donc la connaissance tacite) est transmise de manière plus efficace lorsque le destinataire participe au processus (Sveiby, 2000). Ce processus est nommé « tradition » chez Polanyi (1966) et exprime le phénomène par lequel l'apprenti réitère personnellement l'aptitude technique du maître.

Davenport et Prusak (1998, dans Holden 2001) mentionnent, aussi l'importance de l'interaction en face à face, qu'ils considèrent d'ailleurs comme la forme la plus productive de transfert d'informations.

**Tableau 2.1** Caractéristiques de l'apprentissage par l'information et de l'apprentissage par la pratique, inspiré de Sveiby (2000).

Informations	Pratiques
Transferts formalisés d'information	Transmets des capacités non formalisées et formalisées
Indépendamment de l'individu	En fonction et indépendamment de l'individu
Statique	Dynamique
Rapide	Lent
Codifié	Non codifié
Diffusion de masse facile	Diffusion de masse difficile

Pour Beyou (2003), la connaissance ne peut pas être communiquée, seule l'information peut être partagée et chaque tentative de partage de la connaissance, se traduit en information. De même, puisque la connaissance résulte du travail de transformation que l'individu exerce sur

l'information reçue, la connaissance devient privée alors que l'information, elle, est publique (Harris cité par Beyou, 2003). Foray (2000), oeuvre dans le même ordre d'idée puisqu'il définit les savoirs comme des connaissances, dont la propriété essentielle est de pouvoir par elle-même engendrer de nouvelles connaissances. Selon cet auteur, on peut donc « créer » de la connaissance : cette dernière est « une capacité cognitive, ce qui la distingue nettement de l'information » (Foray, 2000, p. 7). D'ailleurs, la « reproduction de la connaissance et la reproduction de l'information sont des phénomènes bien différents. Quand l'une se fait par apprentissage, l'autre s'effectue simplement par duplication » (Foray, 2000, p. 9).

Ainsi, la « tradition » de Polanyi ou la pratique apparaît comme le meilleur moyen pour transférer les compétences et l'apprentissage sur le tas; Sveiby (2000) mentionne cependant que pour apprendre par la tradition, il faut du temps, une denrée rare dans les organisations.

En somme, une grande partie de la littérature en gestion des connaissances semble plus s'intéresser au transfert d'informations, comme dans les théories de la première approche, qui visaient une capitalisation des connaissances. Sans faire de distinctions entre informations et connaissances, ces théories éludent la question de la création de connaissances et d'apprentissage par la pratique.

#### 2.1.3.3 La question de l'interculturel.

Bien que la littérature sur la gestion des connaissances soit abondante, la prise en compte de caractéristiques telles que les différences culturelles semble n'avoir été que très brièvement traitée (Holden, 2001; Gupa et Govindarajan, 2001). La littérature portant sur la gestion des connaissances donne « l'impression que la gestion des connaissances s'opère dans un milieu « unitary vacuum » dans lequel la diversité, en termes de langue, de culture, d'affiliation professionnelle, est compressée dans une seule et grande variable qui serait mise de côté » (Holden, 2001, p. 155).

Or, les problèmes de transfert des connaissances augmentent avec les distances culturelles et géographiques (Bresman, Birkinshaw, Nobel, 1999). Outre le fait que le savoir perd de sa pertinence quand il voyage (Jensen, Szulanski, 2004), Kogut et Zander (2003, p. 518) rapportent que « le personnel responsable de l'encodage et du décodage doit avoir le même

background et opérer dans un environnement similaire, sinon, des malentendus arriveront à cause des hypothèses implicites du décodeur qui vont différer de celles de l'encodeur ».

En pratique, pourtant, la gestion de connaissances en milieu interculturel est amenée à être de plus en plus importante. D'une part, par le fait même de la mondialisation, d'autre part parce toutes les activités de gestion des connaissances impliquent des actes d'échanges interculturels : d'un langage à l'autre, dans les formes de gestion inter et intra-entreprises (Holden, 2001).

La littérature à ce sujet n'est pas complètement inexistante, il existe selon Holden (2001), une masse d'écrits portant sur le transfert de savoir-faire des États Unis vers l'ex-URSS et sur le transfert entre les différentes unités d'une multinationale.

En ce qui concerne le transfert de savoir-faire des États Unis vers l'ex-URSS, les auteurs (rapporté par Holden (2001)) ont montré qu'une mauvaise compréhension des éducateurs quant aux attentes et au style d'apprentissage local a mené à des pertes d'argent considérables. Ainsi, on mentionne à l'époque, que si un pont doit être construit entre l'Est et l'Ouest, les éducateurs de l'Ouest doivent subir un processus d'apprentissage et de désapprentissage. Ceci est une bonne illustration de ce que pressentait Tarondeau (1998), décrit dans la partie traitant le concept d'apprentissage et désapprentissage.

En ce qui concerne les multinationales, Kogut et Zander (2003) ont montré que l'acquisition d'une firme pouvait être motivée par le besoin en connaissances d'une firme, et que les *joint ventures* étaient souvent utilisées pour transférer des connaissances propres à la firme, en somme les connaissances tacites, qui ne pouvaient pas se transmettre par des transactions commerciales. Bresman, Birkinshaw et Nobel (1999) montrent pour leur part que les multinationales qui font des acquisitions ont un transfert de connaissances plus intéressant que les autres formes de gouvernance. En effet, l'acquisition est caractérisée par la mise en commun de deux communautés culturelles différentes qui, avec le temps, n'en formeront qu'une seule. Ils notent que, dans le cas d'un développement de projet conjoint, quand le savoir est transféré de manière croisée, de manière réciproque (aussi bien par l'acquis que par l'acquéreur) il apparaît un potentiel considérable de création de nouvelles connaissances.

Les auteurs présentent alors quelques conditions essentielles au bon déroulement des échanges lorsque le contexte est interculturel. Bresman, Birkinshaw et Nobel (1999) montrent qu'une communauté sociale n'émerge que lorsque des valeurs et des croyances communes à un groupe fournissent les conditions préalables à un système de gouvernance dans lequel les risques de comportements opportunistes sont faibles. Ils soutiennent donc que les individus ne participeront à l'échange d'informations qu'une fois qu'ils partageront un sentiment d'identité ou d'appartenance avec leurs collègues. Ils montrent, par ailleurs, dans leur étude que le transfert de savoir-faire lors d'acquisitions à l'international est favorisé par la communication, les visites et les réunions et par le temps écoulé après l'acquisition. Ils démontrent notamment que si la période post acquisition est caractérisée par un transfert unilatéral de l'acquéreur vers l'acquis, cela se transforme avec le temps, vers un transfert réciproque. Enfin, avec le temps, le transfert de connaissances est de plus en plus tacite. Pour Holden aussi le manque de relations personnelles et l'absence de confiance, tendent à créer des résistances, des frictions, et des quiproquos qui ralentissent le partage de connaissances (Holden, 2001).

Pour Holden (2001) créer un système de transfert des connaissances est intellectuellement très demandant, d'autant plus que le caractère tacite des connaissances est la plus grande des barrières au transfert et à la réplication des connaissances (Gupta et Govindarajan, 2000). Mais ne pas le faire est garant d'échec car le « déploiement d'une équipe interculturelle permet d'éviter l'une des formes les plus pernicieuses d'inadvertance : le savoir aveugle (« knowledgeblindness ») parce qu'il est plus facile pour les managers expatriés de rester dans leur zone de confort » (Braham et Heimer (1998) dans Holden, 2000, p. 161).

En somme, lorsque les auteurs présentent les concepts d'apprentissage, d'acquisition, de transfert de connaissances, ils nous révèlent une définition plus subtile du savoir dont certaines caractéristiques ne sont pas traitées dans la première approche. Ainsi, on note que le savoir peut être tacite, contextualisé, qu'il est le fait d'êtres humains, et qu'il peut se combiner et non seulement s'additionner. La seconde approche comble cette lacune en intégrant ces caractéristiques. Mais avant de présenter la seconde approche, nous aimerions faire un détour sur ce qu'est la connaissance.



## 2.2 LA CONNAISSANCE

Puisque nous avons largement abordé la gestion des connaissances, il nous faut déterminer ce qu'est la connaissance. Le concept de la connaissance et des savoirs sont des concepts qui ont intéressé un ensemble de disciplines : médecine, éducation, anthropologie, gestion... Étant dans le domaine de la gestion, nous porterons une attention plus soutenue sur les définitions de la connaissance dans les sciences de la gestion. La connaissance, appartenant à celui qui la détient, nous distinguerons les connaissances par leur nature puis par leur caractère.

### 2.2.1 La nature de la connaissance

Il existe des connaissances **explicites** : ce sont celles que l'on a formalisées et qui sont exprimées sous la forme de règles, de procédures, de notices. C'est la forme de connaissance la plus accessible (Beyou, 2003). Pour Tarondeau (1998), les savoirs sont explicites lorsqu'ils peuvent être codifiés et faire l'objet de transmission sans contact direct entre l'émetteur et le récepteur. Ils sont formalisables et par conséquent, se prêtent à une large diffusion par des moyens tels que la diffusion électronique.

Il existe aussi des connaissances **tacites**. Mises en lumière par Polanyi (1966), ce sont celles qui sont le plus souvent acquises par l'expérience et dans le temps. Le plus souvent, elles ne sont pas possédées consciemment. Ce sont donc (par opposition aux connaissances implicites) des connaissances que l'on ne peut pas exprimer. En termes de gestion, on parlera souvent de savoir-faire pour désigner cet ensemble de connaissances intimement lié à l'expérience personnelle (Beyou, 2003; Sveiby, 2000). À l'inverse des connaissances explicites, ces savoirs sont difficiles à formaliser et ne peuvent donc pas être codifiés dans un langage permettant leur transmission à autrui. Ils se transmettent par imitation et expériences. La grande proximité nécessaire entre émetteur et récepteur, pour ce mode de transmission, rend difficile la diffusion des savoirs tacites (Tarondeau, 1998).

Pour Sveiby (2000) le caractère inconscient des connaissances tacites pose le problème de la servitude dans le sens où la connaissance agit sur nous comme une limite et nous pousse à ne voir que ce que nous avons appris à voir. Les spécialistes peuvent alors avoir un esprit orienté

dans une seule direction. C'est la raison pour laquelle, il est important d'avoir une interaction entre information et pratique, entre connaissance explicite et connaissance tacite.

Au delà de la traditionnelle dichotomie entre savoir explicite et tacite, il existe aussi les connaissances **implicites**. Ce sont celles que l'on ne veut pas formaliser ou qu'il serait trop long ou difficile de ré-expliquer; l'interlocuteur considère alors que l'on sait de quoi on parle (Beyou, 2003).

### 2.2.2 Le caractère de la connaissance

La connaissance peut être individuelle, collective et/ou organisationnelle. Le savoir individuel recouvre l'ensemble des croyances d'un individu sur les relations de cause à effet entre phénomènes. La connaissance collective ou organisationnelle est, par analogie avec les connaissances individuelles, l'ensemble des croyances partagées au sein d'une organisation sur les relations causales entre phénomènes (Tarondeau, 1998).

Pour caractériser plus spécifiquement le savoir dit collectif, nous nous tournerons vers l'anthropologie qui présente les savoirs comme appartenant à des groupes culturels : il apparaît alors, dans la littérature, une dichotomie entre les savoirs dits autochtones ou locaux et les savoirs dits occidentaux ou scientifiques.

#### 2.2.2.1 Caractéristiques du savoir autochtone

Le savoir autochtone est associé à une multitude de termes tels que : la connaissance traditionnelle écologique, la connaissance autochtone, la connaissance locale, les connaissances rurales ou fermières, l'ethnobiologie, l'ethnobotanique, l'ethnozoologie, l'ethnoscience, les sciences folkloriques, les sciences autochtones ou indigènes.

On entend par savoir autochtone un savoir-faire traditionnel, un savoir-faire technique populaire (Piron et Ringtounda, 1994). Mais le savoir autochtone peut être défini par un ensemble de caractéristiques : tout d'abord, le savoir autochtone est local (Ellen et Harris, 2000; Grenier, 1998) et donc, propre à un contexte culturel, à une région ou à un milieu de



vie (Piron et Ringtounda, 1994). Il est maintenu et développé par les personnes qui connaissent une interaction poussée avec un environnement naturel (UNESCO<sup>5</sup>). Il se démarque ainsi d'un savoir-faire scientifique dans le sens où il est empirique (Ellen et Harris, 2000; Grenier, 1998; Piron et Ringtounda, 1994) et est le fruit de plusieurs années d'observation, de tâtonnement renforcé par l'expérience (essais erreur) (Ellen et Harris, 2000; Grenier, 1998). Enfin, le savoir autochtone est transmis oralement (Ellen et Harris, 2000; Grenier, 1998; Piron et Ringtounda, 1994). Il est exprimé et préservé dans les mémoires par la répétition (Ellen et Harris, 2000) mais aussi le partage et la communication autour d'« histoires, de chansons, de folklore, de proverbes, de danses, de mythes, de valeurs culturelles, de croyances » mais aussi d'activités telles que des « rituels, de(s) lois, et de(s) taxonomies locales, pratiques agricoles » ou autour d'objets tels que les « équipements, les matériaux, les espèces animales et végétales » (Grenier, 1998, p. 6-7). Le savoir autochtone est reparti d'une manière asymétrique au sein d'une population, il est essentiellement fonctionnel, il est holistique (Ellen, Harris, 2000; BM, 1998). Il est aussi dynamique dans le sens où de nouvelles connaissances s'y greffent en permanence. Selon Grenier « ces systèmes innovent, intègrent et utilisent des connaissances externes et les adaptent aux besoins locaux » (Grenier, 1998, p. 6).

Le savoir autochtone est perçu comme un système cognitif faisant partie d'un ensemble complexe qui inclut aussi le langage, l'attachement au milieu, la spiritualité et la conception du monde (UNESCO<sup>6</sup>). Enfin, si pour certains auteurs, le savoir autochtone n'est pas formalisé et que son application est limitée à un contexte bien précis (Piron et Ringtounda, 1994), pour d'autres (BM, 1998) il est possible de le formaliser même si cela est difficile.

Plus spécifiquement, en ce qui concerne les savoirs autochtones sur la maladie du VIH-SIDA en Afrique, c'est en faisant appel aux notions de l'anthropologie et en extrapolant qu'il est possible d'identifier les conceptions entourant la maladie du VIH-SIDA en Afrique. Ainsi, dans de nombreuses régions d'Afrique, les mondes spirituels et humains sont indissociables. Au travers des ancêtres, des déités ou des esprits locaux, des liens s'établissent entre les deux

---

<sup>5</sup> site internet <http://portal.unesco.org/culture/fr>

<sup>6</sup> site internet <http://portal.unesco.org/culture/fr>

mondes (Beckwith et Fisher, 1999). Selon Dozon (1996), les causes de la maladie s'entendent comme des transgressions d'interdits, des interventions d'ancêtres, de génies, ou d'actions sorcellaires.

L'interprétation de la maladie est alors nécessaire pour le retour à l'ordre ou à l'équilibre biologique et social. « Expression d'un dérèglement social, elle (la maladie) ne concerne pas qu'un individu mais repositionne le sujet dans le corps individuel/corps social (...) L'individu doit toujours se référer les aléas de sa vie biologique à l'état de sa situation et de ses relations sociales » Gobatto (1999, p. 137).

Gobatto (1999) rapporte aussi la perception de l'efficacité et de la qualité de la relation pour les malades. Elles vont reposer sur « la rapidité dans la disparition des symptômes (...) les malades attendent peu de temps, quelques jours pour juger de l'efficacité d'un traitement » et « l'interaction lors d'une relation thérapeutique : respect, convivialité, temps consacré au malade » Gobatto (1999, p. 140).

Pour ce qui est des conséquences de la maladie, on observe une stigmatisation des malades et dans une certaine mesure un rejet des malades par leurs familles ou par leur communauté.

#### 2.2.2.2 Caractéristiques du savoir occidental

Nonaka et Takeuchi (1997) montrent qu'il existe deux grandes traditions épistémologiques du savoir dans la philosophie occidentale : le rationalisme et l'empirisme. Le rationalisme prétend que la vraie connaissance n'est pas le produit de l'expérience sensorielle mais un processus mental idéal : la vérité absolue est alors déduite du raisonnement rationnel fondé sur des axiomes. La seconde tradition, qui est l'empirisme, « proclame qu'il n'y a pas de connaissance a priori et que la seule source de connaissance est l'expérience sensorielle » (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 41).

L'approche de l'anthropologue Jean Pierre Olivier de Sardan (Piron et Ringtumba, 1994) qui tend à comparer les savoirs locaux et les savoirs occidentaux dans les projets de développement, semble montrer que c'est l'approche rationnelle, présentée par Nonaka, qui est la plus dominante dans les projets de développement. Ce qu'il nomme savoirs « technico-scientifiques » c'est à dire, les savoirs qui reposent sur des théories scientifiques sont ceux

sur lesquels s'appuient les projets de développement. Ainsi, si les savoirs techniques populaires sont localisés, contextualisés, empiriques, les savoirs technico-scientifiques sont, standardisés, uniformisés, et formalisés.

Olivier de Sardan montre que si l'on définit le savoir comme une construction, une interprétation de la réalité, alors le savoir occidental ou scientifique est au même titre que le savoir populaire, un savoir local, dans le sens où il s'agit d'une interprétation du réel issu d'un contexte spatial et historique. Cependant Pour Piron et Ringtounda (1994, p. 6), « la forme et le contenu du savoir scientifique en font un savoir local particulier en ce qu'il a des prétentions universalistes, notamment celle d'être détaché de son contexte d'origine et d'être le savoir le plus proche de la vérité ». L'accès privilégié à la vérité revendiqué par la science a pour effet de « disqualifier la valeur des autres savoirs, en particulier de ceux qui n'ont pas de formes discursives, organisées, systématisées, ou codifiées selon les règles générales » (Piron et Ringtounda, 1994, p. 7). Cette idée est reprise par Aillot (1999) qui déclare que les pays du nord supposent leur savoir à portée universelle.

Plus spécifiquement, en ce qui concerne les savoirs occidentaux sur la maladie du VIH-SIDA, c'est en faisant appel à la littérature médicale qu'il est possible d'identifier les conceptions entourant la maladie du VIH-SIDA.

Comme nous le rapporte Girard, Katlama, et Pialoux (2004), en médecine moderne, le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) fait partie de la famille des lentivirus. Le SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise) est la phase ultime de l'infection par le VIH et se transmet par contact sexuel, par transmission mère-enfant en période périnatale, par inoculation accidentelle avec du matériel non stérilisé ou par transfusions de produits sanguins contaminés. Par définition, un virus ne pouvant se répliquer de façon autonome, il utilise, après un passage au travers des barrières muqueuses le système de réplication du lymphocyte CD4, pièce centrale de la réponse immunitaire spécifique. Le lymphocyte CD4, infecté par le VIH, est détruit et permet la production d'une grande quantité de virus, à leur tour capable d'infecter d'autres lymphocytes CD4. Le cycle de réplication du virus dans les lymphocytes CD4 connaît de nombreuses étapes, dont :

- la phase d'accrochage du virus à la membrane du lymphocyte grâce à l'analogie de protéine virale avec des récepteurs de la membrane du lymphocyte,
- la phase de fusion de la membrane du virus et celle du lymphocyte permettant la pénétration du matériel génétique ARN du virus à l'intérieur de la cellule,
- la phase dite de « rétro-transcription » permettant à l'ARN viral de se transformer en ADN, phase indispensable à son intégration dans le génome du lymphocyte,
- la phase d'intégration de la transcription ADN de génome viral dans le génome de la cellule,
- la phase de production et de maturation de la protéine virale entraînant la nouvelle formation de virus et la mort de la cellule hôte.

On assiste alors à une baisse progressive du taux de lymphocytes CD4 et à l'apparition d'un déficit immunitaire entraînant l'apparition de maladies dites opportunistes occasionnant la mort du patient.

Les auteurs mentionnent que l'administration simultanée de plusieurs molécules (trithérapie) inhibe profondément et durablement la réplication virale. Les personnes traitées voient ainsi leur état s'améliorer, parallèlement à la reconstitution de leur système immunitaire. Ce blocage de la réplication ne s'accompagne pas d'une disparition du virus qui reste toujours présent dans l'organisme. À chaque cycle de réplication, le virus est capable de se transformer légèrement par mutation. Cette capacité de mutation permanente engendre l'existence d'une diversité de souches dont certaines sont résistantes au traitement (Girard, Katlama, et Pialoux, 2004).

### 2.2.3 La mise en commun des différents savoirs : une nécessité.

Lors de la rencontre de savoirs différents, et ce, quel que soit le projet, leur mise en commun est préconisée par tous : anthropologues (Piron et Ringtounda, 1994; Vernon, 1996;

Laplane, 2002), gestionnaires (Nonaka et Takeuchi, 1997; Chevrier, 2000), institutions (OMS, 2004; BM, 1998). La mise en commun des différents savoirs est aussi valable dans leur caractère (Piron et Ringtounda, 1994; Laplane, 2002; Aillot, 1999) que dans leur nature (Nonaka et Takeuchi, 1997; Beyou, 2003; Holden, 2001).

Nous nous intéressons ici à la littérature traitant des projets de développement et du secteur de l'humanitaire afin de présenter les principales réflexions quant au partage de connaissances. Ainsi, dans la littérature portant sur les projets de développement, le partage des connaissances permettrait de stopper la relation de domination pour laisser place à un véritable co-développement et à une fructueuse confrontation des pensées (Aillot, 1999); car, indépendamment de l'objet « savoir », l'élaboration des systèmes de connaissances indigènes est, pour Grenier (1998), essentielle à la survie des peuples qui les créent.

Pourtant, le secteur humanitaire tend à négliger ou à ignorer les savoirs locaux. Pour Piron et Ringtounda (1994) « la reconnaissance des savoirs locaux est rarement effectuée par les acteurs du développement international, pour toute une série de raisons qui vont du manque de connaissances au rapport de pouvoir structurel entre le savoir scientifique et les autres formes de savoirs ». Cette situation ne pourrait avoir que des conséquences négatives tant pour la réussite des projets que pour le développement en général (Piron et Ringtounda, 1994; Laplane, 2002). La coopération internationale Nord-Sud s'apparenterait d'ailleurs trop souvent à une entreprise d'assistance des premiers, vers les seconds (Piron et Ringtounda, 1994; Aillot, 1999). Une des causes importantes des difficultés rencontrées dans les projets humanitaires serait ce manque de prise en compte des savoirs locaux (Piron et Ringtounda, 1994; Rahnema 2003; Aillot, 1999; Laplane, 2002). Pour éviter une domination de l'un sur l'autre, ces mêmes auteurs encouragent le partage et la compréhension mutuelle des contextes socioculturels respectifs.

La présence d'un intermédiaire semble être une condition facilitante et est, elle aussi, recommandée par plusieurs auteurs : Piron et Ringtounda (1994) suggèrent que les projets de développement devraient viser une synthèse des savoirs locaux et des savoirs d'origine occidentale dont l'agent de terrain serait le principal médiateur. Dans le cadre plus spécifique du VIH-SIDA, Gruénais évoque aussi des personnes-relais comme acteurs centraux dans le traitement de la maladie. Il avance que la mise en place effective de lutte contre le VIH-SIDA

doit dépendre de « l'interaction entre les représentants de la biomédecine, les représentants des populations-cibles, ou des malades ou les représentants des relais (membres d'association, tradipraticiens, religieux...) » (Gruénais, 1996, p. 220). L'idée de valoriser la médecine traditionnelle à l'aide de personnes ressources est émise aussi officiellement par l'OMS (2004) et la BM (1998).

Si la prise en compte des savoirs locaux est donc clairement identifiée et recommandée, elle n'est pourtant pas une réalité effective. Dans les plans d'action de la banque mondiale (1998), l'échange autochtone se fait selon 6 étapes composées de sous-étapes pratiques :

- 1) la reconnaissance et l'identification des connaissances,
- 2) la validation des connaissances autochtones en termes de signification et de pertinence,
- 3) la consignation et la documentation de ces savoirs,
- 4) le stockage de cette documentation,
- 5) le transfert,
- 6) la dissémination et l'échange.

La description des échanges de connaissances autochtones se fait ensuite à l'aide de matrices permettant d'introduire les différents acteurs, instruments à utiliser, etc. Ce type d'approche est rejeté par Laplante (2002), pour qui, à l'instar de Grenier (1998), le savoir autochtone a été défini à partir ou en comparaison avec le savoir occidental. Les critères de compréhension de l'un limitent alors la définition de l'autre. On est ainsi pour l'auteur, « confiné à définir le savoir autochtone en utilisant des critères de compréhension scientifique et on cherche toujours à le codifier » (Laplante, 2002, p. 45). L'« objectification des savoirs autochtones » qui facilite leur ré-appropriation engendre une compréhension, une vision du savoir en un système cohérent qui mène rapidement, selon l'auteure, à des stéréotypes de formes exclusives et a-historiques plutôt qu'interactifs et dynamiques. Le savoir autochtone ainsi

objectivé et figé dans le temps permet l'élaboration et la mise en œuvre de nouveaux projets qui disent tenir compte des savoirs traditionnels (Laplante, 2002).

Ainsi, si la prise en compte des savoirs locaux et la reconnaissance des dimensions sociales et culturelles sont importantes en théorie, quelques difficultés semblent être éprouvées au niveau pratique. Nous allons maintenant nous tourner, dans une troisième partie, vers ce que pourraient apporter les sciences de la gestion aux difficultés énoncées.

## 2.3 RETOUR AUX SCIENCES DE LA GESTION

Après ce long détour, sur les concepts et les difficultés rencontrées lors du partage de connaissances dans un contexte interculturel, retournons vers les sciences de la gestion. Nous aborderons l'apport de la littérature en management interculturel, puis nous verrons, enfin, cette seconde approche en gestion des connaissances, qui, contrairement à la première (dont l'ambition visait la capitalisation des connaissances) aspire à la création de connaissances.

### 2.3.1 Les apports du management interculturel

Comme le définit Chevrier (2000), le management interculturel consiste essentiellement à animer des équipes formées de personnes de plusieurs cultures. Ainsi, il est possible de se servir de ces recherches pour mieux comprendre les échanges entre les populations occidentales et autochtones.

Le management interculturel est un domaine de plus en plus exploré grâce à l'internationalisation et à la globalisation des économies. Cependant, cela n'était pas le cas avant les études de Geert Hofstede (1987).

En effet, le management interculturel est largement lié aux théories de l'anthropologie. Ainsi, la plupart des anthropologues de l'époque évolutionniste partageait l'idée de supériorité de la civilisation, mais postulait que « les peuples sauvages auraient dans le futur accès à cet état. La marche de l'espèce humaine était programmée dans une direction bien précise : on passait de l'état sauvage à l'état civilisé qui apportait ses bienfaits et constituait un état supérieur. Le progrès prenait la forme du triomphe de la raison sur le mythe. La différence était perçue comme un retard de développement » (Chevrier, 2000, p. 133). On peut se demander s'il n'y

a pas une persistance, aujourd'hui, du modèle évolutionniste dans l'approche des Occidentaux. Les conséquences des écrits évolutionnistes sur le management tendent à cultiver le déni de la différence culturelle.

L'anthropologie n'est pourtant pas marquée que par ce courant. « Le premier courant qui s'intéresse réellement aux différences culturelles s'inspire de la conception fonctionnaliste de la culture et en particulier de Malinowski selon lequel chaque culture correspond à la mise en œuvre de moyens particuliers d'intégration sociale et d'adaptation à l'environnement, permettant la survie et la pérennité du groupe » (Chevrier, 2000, p. 152). Ainsi derrière la variété des formes culturelles, se profile l'universalité des fonctions : les hommes sont fondamentalement identiques et ont les mêmes besoins. Les conséquences sur le management interculturel semblent alors être la marginalisation des différences culturelles puisque les hommes partageraient les mêmes intérêts économiques. La différence culturelle est donc reconnue mais marginalisée.

Un troisième courant de pensée, le relativisme est aussi intéressant dans la construction du management interculturel. « Pour les tenants du relativisme, la culture n'est pas réductible à un simple code, elle imprègne fortement le fonctionnement des institutions, des organisations ainsi que les représentations des individus » (Chevrier, 2000, p. 156). Ainsi, les modes d'organisation, mais aussi de management, de comportement au travail sont étroitement liés au contexte culturel des entreprises. Ainsi, selon Chevrier (2000), le relativisme culturel a permis au management de décrire les différentes pratiques de gestion et les comportements au travail propre à chaque pays. Les conséquences sur le management semblent donc être l'acceptation des différences culturelles.

### 2.3.2 Intérêts du management interculturel

Cependant, même si le relativisme interculturel tend à faire reconnaître l'existence de cultures et de savoir-faire différents en management, Chevrier (2000) mentionne que l'adaptation incombe aux cultures économiquement dominées, qui doivent se conformer à des façons de faire éprouvées. La collaboration interculturelle se traduit alors en termes de capacité à assimiler la culture dominante.



Le management interculturel a cependant su mettre en lumière, des notions importantes comme la culture de métier, la langue lors des échanges, etc., dont nous traiterons plus tard, car nous les mettrons en relation avec le modèle de Nonaka, que nous nous apprêtons à présenter.

## 2.4 L'APPORT DU MODÈLE DE NONAKA À LA GESTION DES CONNAISSANCES

Capitaliser et formaliser les connaissances, comme nous l'avons vu dans la première approche, ne sert à rien si les individus n'utilisent pas les connaissances capitalisées (Beyou, 2003). Dans cette nouvelle perspective, les théories en gestion des connaissances s'interrogent sur la logique de dynamisation et de circulation des savoirs. Elles deviennent plus complexes, car ne concernent plus un petit nombre d'experts, mais visent une implication de nombreux salariés de l'entreprise (Beyou, 2003). L'organisation est alors conçue comme productrice de connaissances. Nonaka et Takeuchi (1997) ont d'ailleurs reproché aux théoriciens occidentaux de l'organisation et du management, de ne se préoccuper que de l'acquisition, l'accumulation et l'utilisation de la connaissance existante et d'omettre la perspective de créer des connaissances nouvelles. Même si, aujourd'hui, en gestion des connaissances, l'approche technologique qui vise à capitaliser les connaissances semble encore dominante (Beyou, 2003), nous nous intéresserons à l'approche de la création de connaissances afin de rejoindre les intuitions de Suzanne Aillot (1999) qui voyait dans la rencontre de deux savoirs, « une fructueuse confrontation des pensées ». En effet, c'est par le partage de connaissances que l'on crée la connaissance chez Nonaka.

### 2.4.1 Origine et intérêt du modèle de Nonaka

Les entreprises japonaises connaissant un grand succès, notamment en termes d'innovation, Nonaka et Takeuchi (1997) ont tenté de savoir ce qui était à la source de cette capacité d'innovation. En observant plusieurs entreprises japonaises, ils se sont aperçus que la connaissance accumulée de l'extérieur de l'organisation était largement partagée en son sein. Il s'effectuait un processus de conversion de l'extérieur vers l'intérieur puis vers l'extérieur (création de nouveaux produits) permettant une expertise en matière de création de

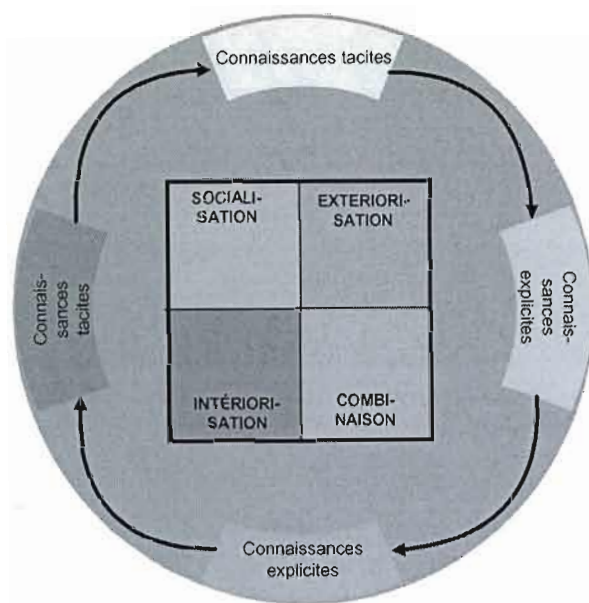
connaissance organisationnelle et une innovation continue, à la base des avantages compétitifs que connaissent ces entreprises (Nonaka et Takeuchi, 1997).

Cette nouvelle connaissance, ces innovations, peuvent être des produits concrets, mais aussi de nouvelles manières de faire. L'intérêt de ce modèle, dans le cadre de ce mémoire, réside dans le fait que l'innovation, issue de la nouvelle connaissance créée, n'est pas forcément un produit commercialisable, mais peut être une nouvelle manière de faire. Dans le cadre de cette recherche, cette innovation peut consister en une autre façon de concevoir ou de présenter le traitement thérapeutique afin que ce dernier soit plus efficace.

#### 2.4.2 Théorie de la création de connaissances ou le modèle SECI

Le modèle de création de connaissance est ancré dans le postulat fondamental que la connaissance humaine est créée à travers l'interaction sociale entre connaissances tacites et explicites (Nonaka et Takeuchi, 1997), entre subjectif et objectif (Nonaka et Toyama, 2005), entre pensées et actions (Nonaka et Toyama, 2005). C'est donc un processus social de conversion de la connaissance, qui comprend 4 phases de conversion.

Afin d'illustrer le modèle de Nonaka présenté dans la figure 2.1, nous exposerons aussi ici les résultats de chercheurs comme Gobatto (1999) et Nathan (1998) dont les études ne portent pas sur la gestion des connaissances mais dont certains résultats peuvent venir clarifier quelques-uns des concepts théoriques.



**Figure 2.1** Les phases de conversion d'après Nonaka et Takeuchi (1997)

#### 2.4.2.1 Le modèle SECI : la socialisation

La première phase consiste en un partage des expériences tacites : elle peut se faire sans utiliser le langage (observation, initiation, expérience) mais nécessite la construction d'un champ d'interaction, d'un lieu de socialisation afin que s'y partagent les expériences, les modèles mentaux, les aptitudes techniques,....Il produit ce qui peut être qualifié de connaissance assimilée. De ces rencontres peuvent émerger certaines suggestions (Nonaka et Takeuchi, 1997). Nonaka souligne l'importance de la confiance lors de la phase de socialisation (Nonaka et Toyama, 2002).

Gobatto note pourtant lors de son étude que « les médecins s'appuient rarement sur le savoir de leurs patients qu'ils ne considèrent pas comme fiable » (Gobatto 1999, p. 158). Or pour ces derniers, un « des éléments à la base d'une appréciation positive d'un traitement est la qualité de l'interaction lors d'une relation thérapeutique. Respect, convivialité, temps

consacré au malade sont autant de points de référence pour évaluer la relation » (Gobatto, 1999, p. 143).

#### 2.4.2.2 Le modèle SECI : l'extériorisation

La deuxième phase est un des modes de conversion le plus important dans la création de connaissances puisqu'il crée à partir de connaissances tacites, de nouveaux concepts explicites. La connaissance tacite va pouvoir devenir explicite par le biais de l'utilisation de métaphores ou d'analogies. L'utilisation d'une métaphore attirante ou d'une analogie va permettre aux différents intervenants de se comprendre et de renforcer leur adhésion directe au processus créatif. Le dialogue et la réflexion collective vont, par la suite, permettre l'émergence de nouveaux concepts. Ce processus produit donc une connaissance conceptuelle (Nonaka et Takeuchi, 1997).

#### 2.4.2.3 Le modèle SECI : la combinaison

Ce processus permet la systématisation de concepts en système de connaissances. Les individus échangent et combinent les connaissances par le tri, l'addition, la combinaison, et/ou la catégorisation de connaissances explicites. Il s'agit d'une mise en réseau des savoirs récemment créés qui sont intégrés aux connaissances déjà détenues dans d'autres parties de l'organisation.

À titre d'exemple, Nathan et Lewertowski (1998) montrent bien comment le partage de connaissances avec les familles migrantes leur a permis de faire émerger, d'explicitier le concept d'individu au sein d'une société et d'en conclure par combinaison de connaissances que les modes d'intervention auprès des sidéens immigrés n'étaient pas optimaux. Lors de la phase de combinaison, il s'effectue donc un recouvrement intentionnel d'informations sur les activités de l'organisation, qui donne lieu à la création de nouvelles connaissances. (Nonaka et Takeuchi, 1997).

#### 2.4.2.4 Le modèle SECI : l'intériorisation

Ce mode de conversion favorise l'incorporation de la connaissance explicite en connaissance tacite. Elle est étroitement liée à l'« apprentissage en faisant ».

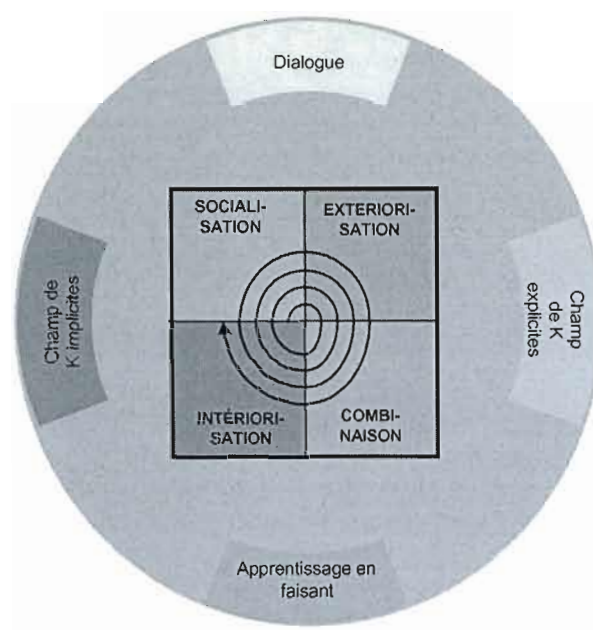
Pour que la création de connaissances organisationnelles ait lieu, la connaissance tacite accumulée au niveau individuel doit être socialisée avec d'autres membres. Pour que la connaissance explicite devienne tacite, elle doit être verbalisée ou présentée sous forme de diagramme dans des documents, des manuels, ou des récits oraux ce qui aide les individus à les intérioriser. L'organisation produit une connaissance opérationnelle et relance alors une nouvelle spirale de création de connaissances. (Nonaka et Takeuchi, 1997).

#### 2.4.2.5 La spirale des connaissances

En somme, le processus de création de connaissance passe donc d'abord et avant tout par une première phase de socialisation, qui consiste à partager les connaissances et les expériences tacites des individus, et ce, dans des lieux dits de socialisation.

À la lumière des enseignements des anthropologues, force est de constater que ces différents types de savoirs (locaux et autochtones, formels et explicites) ne sont souvent pas partagés dans des lieux d'échanges. Or Nonaka souligne l'importance des lieux de socialisation où les savoirs divers (tacites, explicites, etc.) s'expriment, dans la phase de socialisation. De ces rencontres peuvent émerger certaines suggestions permettant de passer à la deuxième phase qui consiste à expliciter les connaissances tacites préalablement partagées. C'est la phase d'extériorisation. La troisième phase, la phase de combinaison, consiste à combiner les connaissances nouvellement explicitées avec les connaissances déjà présentes dans l'entreprise.

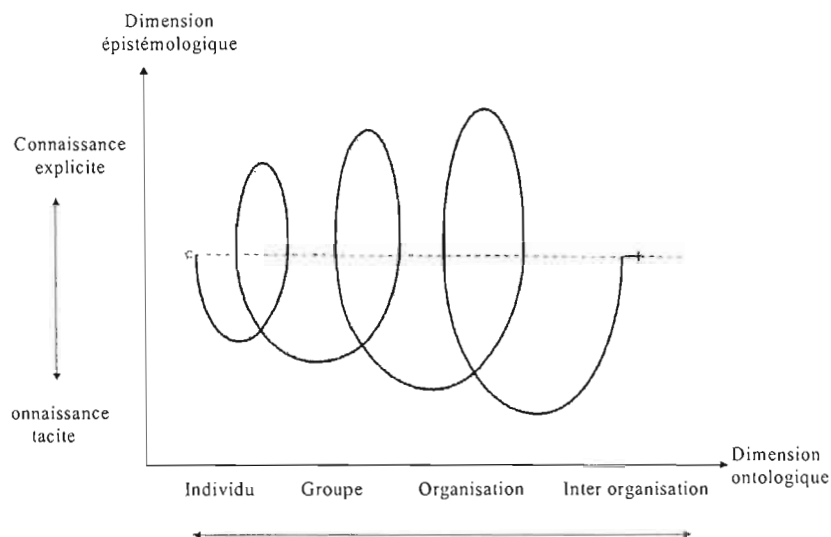
Enfin, l'intériorisation constitue la quatrième phase et consiste à rendre la nouvelle connaissance explicite, tacite, puisqu'elle est appropriée par chacun ou par l'organisation. La figure 2.2 présente cette dynamique.



**Figure 2.2** La spirale des connaissances d'après Nonaka et Takeuchi (1997)

L'organisation produit une connaissance opérationnelle et relance alors une nouvelle spirale de création de connaissances à un niveau ontologique supérieur comme le présente la figure 2.3.

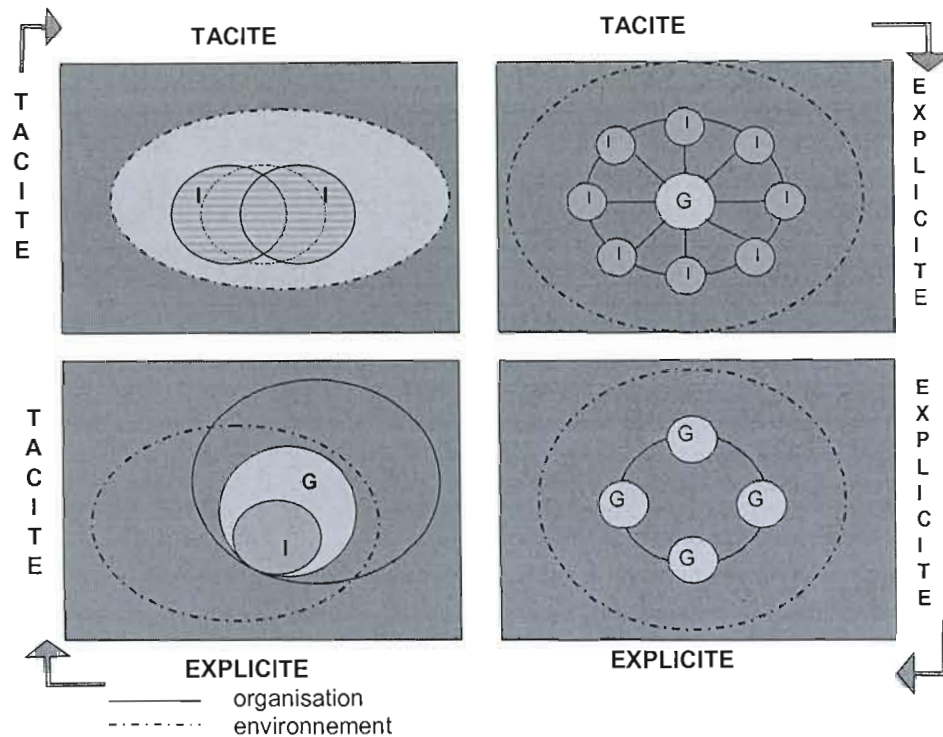
Les niveaux ontologiques représentent chez Nonaka et Takeuchi (1997) les différentes entités créatrices de connaissances, soit : l'individu, le groupe, l'organisation, les organisations interreliées, etc.



**Figure 2.3** La spirale de création de connaissance aux différents niveaux ontologiques selon Nonaka et Takeuchi (1997)

Selon Nonaka et Takeuchi (1997, p. 95-96) « l'organisation doit mobiliser les connaissances tacites créées et accumulées au niveau individuel. Les connaissances tacites mobilisées sont amplifiées de façon organisationnelle au travers des quatre modes de conversion de connaissance et cristallisées à des niveaux ontologiques supérieurs ». La spirale des connaissances représente donc l'interaction entre les connaissances tacites et explicites qui s'étend aux différents niveaux ontologiques.

Le processus de création de connaissances est donc, tel que le présente la figure 2.4 un processus qui commence au niveau individuel et qui « s'élève à travers une communauté d'interactions en expansions qui traversent les frontières des sections, des départements et des divisions de l'organisation ».



**Figure 2.4** La création de connaissance intégrant la spirale des connaissances selon Nonaka et Toyama (2003)

#### 2.4.3 Les composants du modèle de création de connaissances

Pour Nonaka et Toyama (2005), la connaissance est créée à travers l'interaction de la subjectivité et de l'objectivité. Pour comprendre pourquoi les firmes diffèrent, il faut alors s'intéresser aux éléments subjectifs du management tel que la vision, le système de valeur de la firme et l'engagement des employés. Nonaka et Toyama (2005) présentent donc un modèle dynamique d'une organisation créatrice de connaissances. Ce modèle comprend 7 composants qui se greffent au modèle SECI: la « knowledge vision », les « driving objective », le dialogue, la pratique, le concept de Ba, les actifs en connaissances et l'environnement.



#### 2.4.3.1 « Knowledge vision »

La « Knowledge vision » détermine la mission idéale collective de l'organisation. Ce système de valeur va définir ce qui est vrai et ce qui est bien pour elle. La « knowledge vision » répond à la question « pourquoi nous existons ? ». Elle matérialise un ensemble de croyances partagées sur la manière d'agir et d'interagir pour atteindre les buts de l'organisation. La direction doit être engagée à communiquer la vision des connaissances efficacement. Autant au sein de l'organisation qu'à l'extérieur, avec les parties prenantes.

#### 2.4.3.2 « Driving objective »

Les « Driving objective » sont des objectifs porteurs pour que la connaissance soit créée et justifiée sur la base de la vision de l'organisation. Cette dernière a besoin de concepts concrets, de buts, d'actions pour connecter la vision avec le processus de création de connaissances. Les objectifs ne doivent pas représenter une fin en soi. Ces derniers doivent rester relativement flous afin de stimuler les efforts et de garder l'organisation en mouvement pour qu'elle accède à « cette inatteignable perfection » (Nonaka et Toyama, 2005).

#### 2.4.3.3 Dialogue

Nonaka et Toyama (2005) montrent que c'est à travers le dialogue que va s'effectuer une synthèse des réflexions : la création de connaissances est ainsi guidée par la synthèse des contradictions. Chez Nonaka et Toyama (2005), les contradictions peuvent se résoudre par une synthèse qui s'effectue à travers la dialectique de pensée et d'action soutenue par le dialogue, et ce, peu importe la logique que cela prend.

Il est à noter que pour dialoguer, il est nécessaire de partager le même langage. Ce dernier constitue la dernière barrière organisationnelle de Von Krogh, Ichijo et Nonaka (2000). Les auteurs mentionnent, à l'instar de Chevrier (2000) en management interculturel, la nécessité d'un langage légitime. Chez Von Krogh, Ichijo et Nonaka (2000), le langage est la clé dans l'apprentissage et la réflexion individuelle et dans le partage de ce que l'on sait. Cependant, la connaissance tacite doit être explicitée au travers d'un langage commun qui est acceptable par tous les membres de l'organisation. Le point est que certains savoirs personnels peuvent seulement être exprimés par des mots qui ne sont familiers aux autres personnes de

l'organisation. Chevrier (2000) montre, pour sa part, que pour communiquer entre personnes de nationalités différentes, une langue officielle est souvent retenue dans chaque équipe. L'auteure montre cependant que d'autres langues sont utilisées en aparté. Ainsi, dans les sous-groupes informels ou entre les membres d'une équipe de même nationalité, la langue maternelle est utilisée. L'utilisation de plusieurs langues semble poser plusieurs problèmes : tout d'abord, la pratique d'une langue étrangère approximative n'affecte pas seulement le contenu des échanges, elle peut jouer aussi sur la qualité des relations interpersonnelles. De plus, l'effort à fournir pour parler une langue étrangère retire une partie de la convivialité propre aux échanges spontanés dans sa langue maternelle (Chevrier, 2000). Enfin, si Chevrier note que « la langue maternelle est la langue de refuge, des repas, des apartés, des pauses » (Chevrier, 2000, p. 110) ces temps sont pourtant chez Nonaka et Takeuchi (1997), les moments les plus propices à l'échange de connaissances tacites.

#### 2.4.3.4 La pratique

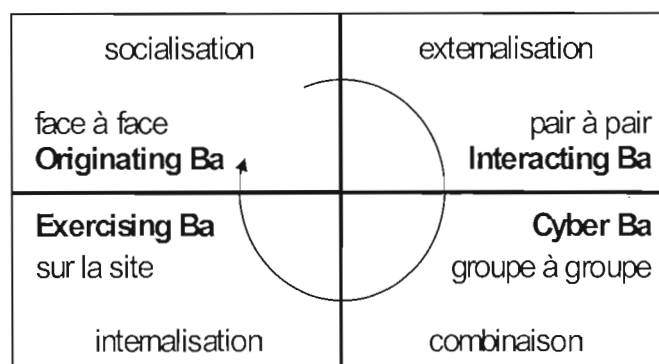
À l'instar du dialogue, la pratique constitue le moteur du modèle SECI. Elle consiste en une synthèse des actions. La pratique permet, en effet, de partager le savoir tacite à travers des expériences partagées (comme vu dans la phase de socialisation) mais permet aussi de rendre tacite de nouvelles connaissances explicitées (comme dans la phase d'internalisation). Les concepts et les hypothèses créés à partir de l'observation et des expériences peuvent être conceptualisés à travers le dialogue et la pratique.

#### 2.4.3.5 Le concept de Ba : un contexte partagé

Le Ba est un élément déterminant dans le modèle de Nonaka. Il recouvre le contexte qui va faciliter la création de connaissances. En d'autres termes, il s'agit d'un espace de partage qui entretient l'émergence de relations (Von Krogh, Ichijo, Nonaka, 2000). Le concept du Ba souligne donc le caractère dynamique, relationnel et humain de la création de connaissances. Il dépend des situations, des gens impliqués et ne représente pas la vérité absolue de faits marquants. Il implique que tout savoir (à l'opposé de l'information) dépend de son contexte (Von Krogh, Ichijo, Nonaka, 2000).

Si le savoir est séparé de son Ba, il devient une information. Ainsi, le savoir produit et développé en occident sorti de son Ba physique, qu'est le laboratoire de recherche dans lequel il a été développé, devient une information.

Au niveau individuel, participer au Ba sous-entend un investissement et une transcendance de ses propres perspectives (qui sont limitées) ou frontières. Von Krogh, Ichijo et Nonaka (2000) présentent d'ailleurs comme une des barrières individuelles à la création de connaissances, « la menace de soi », c'est à dire, l'incapacité à sortir de ses propres perspectives. Gobatto (1999) dans son étude sur les médecins au Burkina Faso, note à ce sujet que les médecins « doivent retravailler les repères qui leur ont été enseignés » pour répondre plus adéquatement à la population; « les paradigmes scientifiques dans lesquels ils ont baignés durant leur formation perdent de leurs poids pour guider leur exercice quotidien » (Gobatto, 1999, p. 159). Il existe 4 formes de Ba selon Nonaka et Konno (1998) que nous présentons dans la figure 2.5: l'originating Ba, l'interacting Ba, le cyber Ba et l'exercising Ba.



**Figure 2.5** Les différentes sortes de Ba selon Nonaka et Konno (1998)

- L'« originating Ba » : dans lequel les individus partagent leurs sentiments, leurs émotions, leurs expériences et leurs modèles mentaux. C'est le Ba primaire de par

lequel commence la création de connaissances. Le face à face physique est une condition clé pour la conversion et le transfert du savoir tacite.

- L'«interacting Ba» : il est plus construit que l'«originating Ba», il faut alors sélectionner les personnes avec le bon dosage de savoirs spécifiques et de capacité à travailler en équipe. À travers le dialogue, les modèles mentaux et les savoirs faire se convertissent en termes et en concepts communs. Deux processus s'opèrent concrètement : les individus partagent le modèle mental de l'autre, mais aussi regardent et analysent rétrospectivement leur propre modèle mental. C'est le Ba ou le savoir tacite se transforme en savoir explicite.
- Le «cyber Ba» : est un lieu d'interaction virtuel plus qu'un lieu spatial et temporel. Se fait dans ce Ba la combinaison entre les savoirs nouvellement créés et les savoirs déjà existants. Cette combinaison est supportée plus efficacement dans un environnement collaboratif qui utilise des technologies de l'information : utilisation d'un réseau en ligne, groupe ware, documentations, base de données, ...
- L'«exercising Ba» : contexte dans lequel s'effectue la conversion des savoirs explicites en savoirs tacites via la pratique avec des collègues ou des seniors mentors.

Le Ba est un espace de partage qui entretient l'émergence de relations. Cet espace peut-être virtuel, mental, physique, ou la combinaison des trois (Nonaka, Konno 1998). Le Ba virtuel peut être, à titre d'exemple, un réseau Intranet au sein de l'hôpital. Le Ba physique peut être une salle de réunion. Quant au Ba mental, il peut s'agir d'un certain état d'esprit.

Le Ba mental alors être compris comme la culture de métier dans le sens où, les cultures de métier sont constituées d'un ensemble complexe de savoirs, savoir-faire, savoir être, de règles d'action et de représentations propres à une profession (Chevrier, 2000). « La culture de métier agit donc comme un catalyseur d'échanges dans les équipes, en fournissant des conditions propices à la communication, à savoir : un contenu, un moyen de l'exprimer et un milieu favorable à l'établissement de relations interpersonnelles » (Chevrier, 2000, p. 89). L'auteur note que la culture organisationnelle se traduit aussi par « des modes d'organisation et des approches de résolution de conflits spécifiques; ces différences de pratiques de

réflexions et d'action ne sont pas nivelées par les cultures de métiers et posent problème lors du travail commun » (Chevrier, 2000, p. 93). Le Ba mental représente dans ces conditions, au sens de Sveiby (2000), les connaissances tacites que l'auteur abordait comme des limites, lorsque traitions de la nature de la connaissance (cf. section 2.2.1; p. 20).

#### 2.4.3.6 Les actifs en connaissances

Les actifs en connaissance sont le fruit du processus de création de connaissances. Ces actifs sont particuliers dans le sens où ils sont intangibles, ils ne peuvent pas être achetés ou vendus car ils sont spécifiques à l'organisation. Les actifs en connaissances incluent aussi le capital social de l'organisation.

Les actifs en connaissance participent de la capacité dynamique de l'organisation à créer des connaissances. C'est le savoir-savoir, les actifs en connaissance représentent aussi l'ensemble des liens (réseaux) qui vont permettre à l'organisation de détecter, d'accéder à l'information et aux connaissances et vont stimuler les ressources en connaissance pour qu'elles deviennent actives (Nonaka et Takeuchi, 1997).

#### 2.4.3.7 L'environnement : un écosystème de connaissances

L'écosystème de la création de connaissances consiste en une multitude de Ba qui existent autour des frontières de l'organisation et qui sont en continue évolution. L'organisation va créer du savoir en synthétisant son propre savoir avec celui des joueurs de cet environnement qui peuvent être : des consommateurs, des fournisseurs, des compétiteurs, des universités. Dans l'interaction avec cet écosystème, une firme crée des connaissances et les connaissances créées changent l'écosystème. L'organisation et son écosystème doivent évoluer ensemble plutôt que séparément.

#### 2.4.4 Les conditions de la création de connaissances.

Pour que le modèle de création de connaissances fonctionne, Nonaka et Takeuchi (1997) lui assènent certaines conditions. Ces conditions mettent en lumière le rôle de l'organisation dans la création de connaissances. Cette dernière doit, en effet, fournir le contexte adéquat pour faciliter les activités de groupes autant que la création et l'accumulation de

connaissances au niveau individuel. Ces conditions sont l'intention, l'autonomie, la fluctuation et chaos créatif, la redondance et la variété requise.

#### 2.4.4.1 L'intention

L'intention représente l'aspiration de l'organisation vers ses buts. Souvent il s'agit de la stratégie dans les organisations. L'élément le plus important de la stratégie d'une organisation est de conceptualiser une vision qui identifierait le type de connaissances qui doit être développé et de les rendre opérationnelles en un système de gestion permettant leurs mises en œuvre. Ce concept se rattache à la notion de « Knowledge vision » développée dans Nonaka et Toyama (2005). La vision permet d'encourager l'adhésion des employés en formulant une intention organisationnelle et en la leur proposant.

Von Krogh, Ichijo et Nonaka (2000) énoncent à ce propos que les paradigmes organisationnels peuvent constituer des barrières organisationnelles à la création de connaissances. En effet, les paradigmes organisationnels qui représentent l'intention stratégique de la compagnie, sa vision, sa mission, son système de valeurs constituent les paradigmes ou la manière de voir le monde qui s'enracine dans les organisations. Ils déterminent les thèmes abordés, dans les rencontres de gestion, le langage utilisé, les histoires racontées, les routines suivies. Les paradigmes influencent même quelles informations et données les employés vont aller chercher, de même que la manière dont ils vont les interpréter. Les paradigmes ont le pouvoir de faire ou défaire la création de connaissances puisqu'ils déterminent la légitimité des savoirs personnels au sein de l'organisation. Ainsi, les savoirs personnels qui sont conformes aux paradigmes seront vite embrassés par les collègues tandis que les non-conformistes, qui essayent de justifier leurs croyances personnelles, sont souvent accueillis avec scepticisme.

Comme barrière organisationnelle à la création de connaissances, Von Krogh, Ichijo et Nonaka (2000) identifient aussi « l'histoire organisationnelle » qui constitue la mémoire organisationnelle ou encore une compréhension commune de « comment les choses marchent ». Ceci permet à l'individu de réguler son propre comportement, de se régler soi-même en termes d'obligation/relation envers les autres et de comprendre le système de valeurs de l'entreprise. L'histoire organisationnelle peut alors constituer une barrière si elle

empêche l'expression d'idées contradictoires. De même, les procédures organisationnelles qui sont sensées rendre l'organisation plus efficace empêchent, chez beaucoup d'entreprises, le croisement des disciplines ou des lignes de fonctions. Elles sont difficiles à critiquer dans la mesure où cela va à l'encontre de ce qui est considéré comme efficace et ne permettent pas aux individus de consacrer du temps à la création de connaissances.

#### 2.4.4.2 L'autonomie

La seconde condition stipule que tous les membres de l'organisation doivent se voir autorisés à agir de façon autonome pour autant que les circonstances le permettent. L'autonomie augmente la possibilité offerte aux employés de se motiver eux-mêmes pour créer de nouvelles connaissances. Les individus autonomes agissent en tant que partie d'une structure holographique dans laquelle le tout et chaque partie partagent la même information. Ceci fait référence aux conditions de Von Krogh, Ichijo et Nonaka (2000) dans la mesure où ce sont les procédures et les paradigmes organisationnels qui vont favoriser ou non le partage d'information à tous les niveaux.

Les idées originales émanent d'individus autonomes, se diffusent dans l'équipe et deviennent des idées organisationnelles. Les individus autonomes et les groupes au sein des organisations, qui créent des connaissances, établissent les limites de leurs tâches par eux-mêmes pour poursuivre le but ultime précisé dans l'intention supérieure de l'organisation. De telles équipes doivent être formées de façon interfonctionnelle impliquant des membres issus d'un large croisement d'activités organisationnelles.

#### 2.4.4.3 Fluctuation et chaos créatif

La fluctuation et le chaos créatif stimulent l'interaction entre l'organisation et l'environnement externe. Si les organisations adoptent une attitude d'ouverture aux signaux de l'environnement, elles peuvent exploiter les ambiguïtés de ces signaux, la redondance ou le bruit afin d'améliorer leur propre système de connaissances. Quand la fluctuation est introduite dans une organisation, ses membres sont confrontés à une rupture des routines, des habitudes et des schémas cognitifs. Face à une telle rupture, une opportunité nous est offerte de reconsidérer notre pensée et nos perspectives fondamentales. Nous commençons à



interroger la validité de nos attitudes de base envers le monde. Le dialogue devient un moyen d'interaction social nous aidant à créer de nouveaux concepts. Le processus continu de questionnement et de remise en question encourage la création de connaissances organisationnelle. Von Krogh, Ichijo et Nonaka (2000) énoncent d'ailleurs comme barrière individuelle à la création de connaissances « la menace de sa propre image » : il s'agit de la conviction de ce que nous sommes et de son impact comme inhibiteur puissant sur nous-mêmes. Pour s'accommoder, les gens doivent changer de l'intérieur. Non seulement au niveau de ce qu'ils savent, mais aussi dans la manière dont ce qu'ils savent affectent ce qu'ils sont, la racine de leur identité personnelle. Gobatto montre, par exemple, que pour la majorité des médecins qu'elle a interrogée, « le contexte culturel a pour conséquence de rendre les malades non conformes à ce que tout thérapeute imagine être un bon malade : celui qui est capable de comprendre la logique scientifique, et de la recevoir, de plus, en la replaçant en position dominante dans l'offre des recours thérapeutiques » (Gobatto, 1999, p. 144). Or ces malades « scientifiquement incorrects » installent les médecins dans des dispositions plus souvent conflictuelles que coopératives envers leurs patients » (Gobatto, 1999, p. 150).

Le chaos est généré de manière naturelle (crise) ou intentionnelle (c'est le chaos créatif); il accentue la tension dans l'organisation et focalise l'attention de ses membres sur la définition du problème et la résolution de la situation de crise. Von Krogh, Ichijo et Nonaka (2000) énoncent comme condition individuelle à la création de connaissances la nécessité d'avoir une habileté à gérer les situations nouvelles. Ceci recouvre la capacité d'accommodation aux nouveaux contextes qui est facilitée par les expériences passées. En effet, ces dernières déterminent notre habileté à réagir aux nouvelles expériences.

Cette approche se démarque du paradigme du traitement de l'information dans lequel un problème est simplement posé et une solution y est apportée par un processus de combinaison d'informations basées sur un algorithme préétabli. En somme, la fluctuation, dans l'organisation, peut provoquer le chaos créatif qui induit et renforce l'engagement subjectif des individus. On peut intentionnellement introduire la fluctuation et permettre l'émergence de l'ambiguïté interprétative. Cette ambiguïté agit comme un déclencheur pour que les membres pris individuellement modifient leur manière fondamentale de penser.



#### 2.4.4.4 La redondance

Les auteurs précisent que cette condition n'a rien à voir avec l'inutile duplication que sous-entend sa définition usuelle. La redondance, tel qu'entendue par Nonaka, se réfère à l'existence d'informations qui vont au-delà des exigences opérationnelles immédiates des membres de l'organisation comme la connaissance de la culture ou du mode de réaction des patients. Le partage d'informations redondantes promeut celui des connaissances tacites parce que les individus peuvent donner un sens à ce que les autres tentent d'articuler. La redondance est particulièrement importante à l'étape de développement des concepts quand il est essentiel d'articuler les images enracinées dans les connaissances tacites. À ce stade, l'information redondante permet aux individus de franchir les frontières fonctionnelles et de fournir des conseils ou de nouvelles informations issues de perspectives différentes.

Partager l'information supplémentaire permet aussi à l'individu de comprendre où il se trouve dans l'organisation, et ainsi de contrôler la direction de sa réflexion et de son action individuelle. Ceci favorise un auto-contrôle qui maintient l'organisation dans une certaine direction.

La redondance connaît, cependant, quelques limites (Nonaka et Takeuchi, 1997). Elle peut mener au problème de la surcharge d'informations. Elle accroît aussi le coût de création de connaissances, du moins à court terme (baisse de l'efficacité opérationnelle). Il est, de ce fait important, de maintenir un équilibre entre la création et le traitement d'information.

#### 2.4.4.5 La variété requise

La diversité interne d'une organisation doit permettre de représenter la variété et la complexité de l'environnement afin de faire face aux défis qu'il présente (Ashbi dans Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 106). Nathan et Lewertowski (1998) montrent par exemple qu'avant l'intervention d'un ethnopsychiatre dans leurs rencontres avec les patients migrants atteints du SIDA, « les médecins évoluaient avec la conviction que, malgré ce que pensent et disent les malades, la médecine reste le seul système susceptible de restituer une histoire complète et cohérente de leur maladie » (Nathan et Lewertowski, 1998, p. 145).

La variété requise est aussi illustrée par la littérature chez les différents auteurs présentés dans la section sur la mise en commun des différents savoirs (cf. section 2.2.3, p. 27) qui insistaient sur l'intégration des anthropologues ou d'acteurs clés dans les projets de développement à l'international.

La variété requise suppose un accès égal à l'information. Développer une structure organisationnelle plate et flexible dans laquelle les différentes unités sont reliées entre elles par un réseau d'information est une façon de traiter la complexité de l'environnement. Une autre façon de réagir rapidement aux fluctuations inattendues de l'environnement et de maintenir la diversité interne consiste à changer souvent la structure organisationnelle.

#### 2.4.5 La création d'un guide pratique

Malgré les nombreux écrits sur ce modèle de gestion des connaissances, les managers semblent avoir éprouvé quelques difficultés dans son application concrète.

Comme nous l'avons vu dans la première partie, la gestion des connaissances est souvent réduite à la technologie de l'information et à des outils de mesure et les managers ont beaucoup de difficultés lorsque vient le temps de saisir les connaissances tacites de manière pratique (Von Krogh, Ichijo, Nonaka, 2000). Dans l'ouvrage Von Krogh, Ichijo, et Nonaka (2000), les auteurs présentent donc, sous forme de guide pratique, les conditions facilitantes de la création de connaissances.

Ils soulignent alors que le manager doit supporter la création de connaissances plutôt que de la contrôler :

- en installant une vision de la connaissance : le savoir est une construction sociale plutôt qu'une représentation de la réalité. Une vision des connaissances doit permettre aux planificateurs organisationnels une carte mentale des domaines reliés suivants : le monde dans lequel ils vivent, le monde dans lequel ils devraient vivre, le savoir qu'ils devraient chercher à créer.
- en gérant les conversations : pour ce faire, une grande variété de participants est recommandée. Il faut alors encourager activement la participation en;

- créant une conscience pour des conversations créatrices de connaissances,
  - aidant à la formation de rituels de conversations qui encouragent la participation; qui parle en premier, que faire quand quelqu'un ne parle pas,
  - établissant des étiquettes de conversations; la création de connaissances ne dépend pas seulement de ce qui est dit, mais de la manière dont cela est dit, il faut donc : éviter les ambiguïtés, éviter les intimidations, éviter d'exercer l'autorité, éviter de conclure prématurément, être bref, être ordonné (faire des liens), aider les autres participants à être braves, et ne pas faire, en toute connaissance de cause de fausses déclarations,
  - éditer les conversations de manière appropriée,
  - encourager le langage innovant .
- en mobilisant les activistes des connaissances : permettre la création de nouvelles connaissances dépend de l'énergie et de l'engagement soutenu que l'organisation va mettre dans la création de connaissances. Les activistes des connaissances sont des acteurs majeurs, ils ont trois rôles : catalyseur de création de connaissances, coordinateur des initiatives de création de connaissances et marchand de prévoyance. L'activisme va servir à inciter et se recentrer sur la création de savoir, la réduction du temps et des coûts nécessaires à la création de connaissances, encourager les initiatives de création de connaissances dans l'organisation, augmenter les conditions de ceux qui sont impliqués dans la création de connaissances et préparer les gens aux nouvelles tâches;
  - en créant le bon contexte;
  - en globalisant la connaissance locale.

Chaque individu fait face à la nécessité de justifier sa conception de la réalité par rapport aux autres. C'est cette nécessité de justification, d'explicitation, de persuasion et de connexions

humaines qui rend le processus fragile. Il existe ainsi trois pièges dans lesquels il ne faut pas tomber (Von Krogh, Ichijo, Nonaka, 2000) :

- croire que la gestion des connaissances est de l'information détectable et codifiable,
- croire que la gestion des connaissances est essentiellement destinée aux outils manufacturiers,
- croire que la gestion des connaissances dépend d'un officier des connaissances. Beaucoup de firmes emploient des *knowledge officers* et ont établi des fonctions dans les équipes.

À l'instar de Nonaka, la présentation par certains auteurs des qualités d'un travailleur de la connaissance nous semble très dangereuse. Souvent, ces qualités sont associées à des caractéristiques que l'on ne retrouve que chez les hauts dirigeants. Pour Nonaka, il suffit d'être humain pour être un travailleur de la connaissance. Cette conception réduit la gestion des connaissances et le phénomène créateur à une partie de l'organisation alors que le phénomène doit être diffus dans l'organisation.

## CHAPITRE III

### LE CADRE CONCEPTUEL ET PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

Le cadre conceptuel, présente l'arrangement des concepts et sous concepts abordés dans la revue de littérature (Mace et Pétry, 2000). Il nous permettra d'organiser les différents concepts afin d'énoncer la problématique de cette recherche en termes théoriques.

#### 3.1 LE CADRE CONCEPTUEL

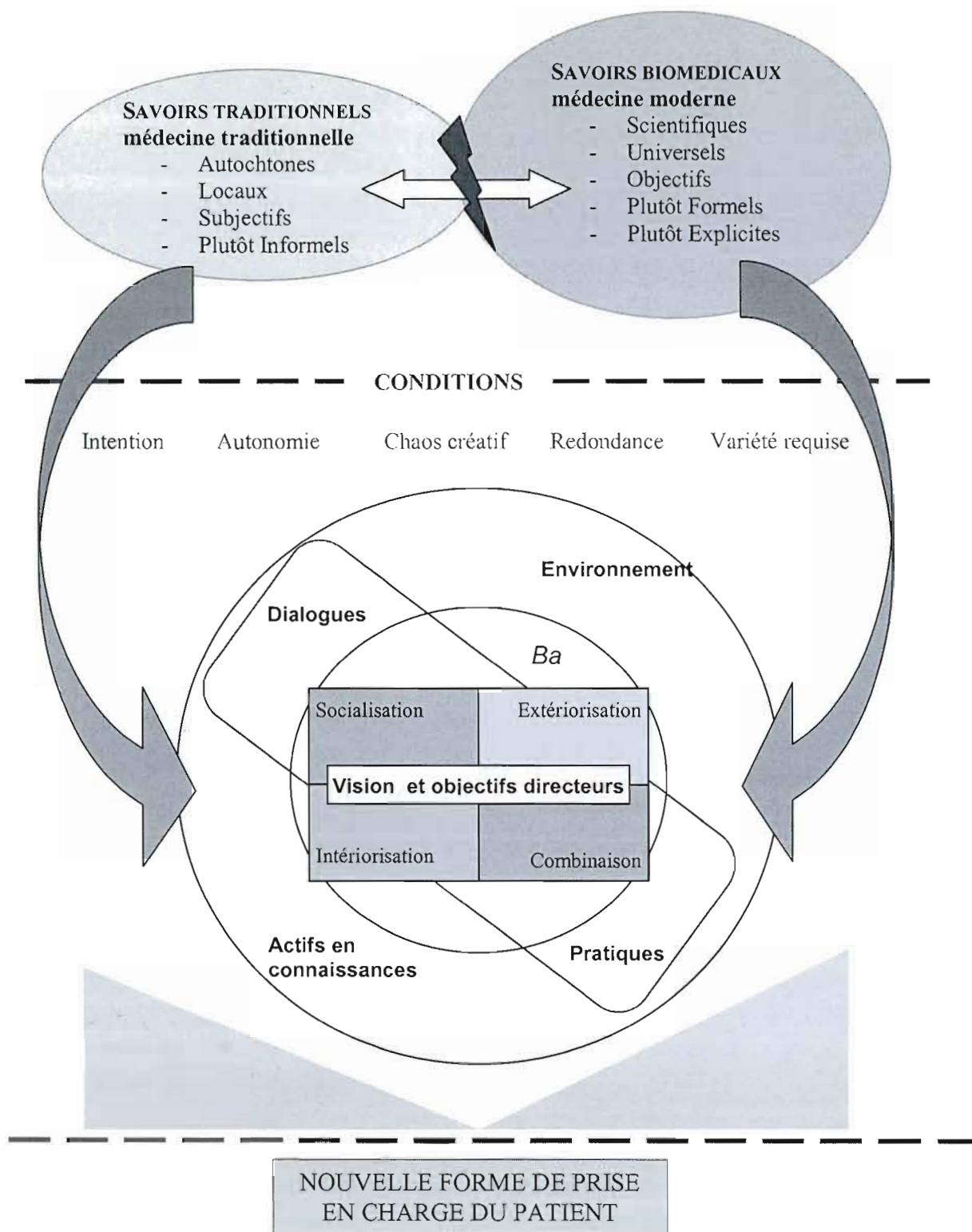
Nous avons vu à travers la revue de littérature qu'il existait différents types de savoirs tant dans leur nature que dans leur caractère. En nous intéressant aux savoirs traditionnels et biomédicaux qui entourent la maladie du SIDA, nous avons vu que chacun d'eux pouvait être caractérisé grossièrement. À des fins de simplification, nous établirons une dichotomie voulue qui s'avère sûrement plus nuancée dans la réalité. Ainsi, le savoir traditionnel entourant la maladie du SIDA est défini comme un savoir autochtone, local, dans le sens où il est compris dans un espace sociétal défini. Il est informel et tacite dans la mesure où il n'était pas explicité par écrit mais relève plus d'un transfert oral. En ce qui concerne le savoir biomédical, nous avons vu qu'il avait une valeur scientifique, à teneur universelle et qu'il était considéré comme objectif. Nous avons aussi constaté que le savoir biomédical était le plus souvent explicité et formel.

Dans le cadre de notre recherche, ces deux types de savoirs sont acquis, développés et entretenus par deux communautés différentes. Les détenteurs du savoir biomédical sont généralement les médecins du Burkina Faso et le personnel hospitalier. Les détenteurs du savoir traditionnel sont les tradipraticiens et la population locale.

Dans ce type de rencontre où se mêlent différents savoirs, la littérature soutient que les savoirs traditionnels ne sont que rarement pris en compte. Cette négligence favorise l'imposition d'un savoir sur l'autre ce qui ne rend pas optimale le développement de projet, et, par extrapolation, dans le cadre plus spécifique de notre recherche, les traitements fournis aux patients. Ainsi, l'absence de prise en compte des savoirs locaux en général et sur la maladie du VIH en particulier, se trouve être à l'origine de nombreux échecs dans les projets qui tendent à améliorer les soins dispensés aux patients.

Le modèle de Nonaka permet pour sa part, par le biais du partage des connaissances, de synthétiser les contradictions et de faire émerger une innovation. L'intérêt du modèle de Nonaka est qu'il démontre que les interactions entre les connaissances tacites et explicites dans un contexte de Ba favorisent l'émergence de nouvelles connaissances organisationnelles. Ces connaissances peuvent se traduire en innovation sous certaines condition. Son modèle présente quatre phases de conversion. La première phase consiste à partager les connaissances et les expériences tacites entre des individus, et ce, dans des lieux dits de socialisation. À la lumière des enseignements des anthropologues, force est de constater que ces différents types de savoirs (locaux et autochtones, formels et explicites) ne se trouvent pas souvent partagés dans des lieux d'échanges, or Nonaka souligne l'importance des lieux de socialisation où les savoirs divers (tacites, explicites, opératoires, conceptuels) s'expriment. De ces rencontres peuvent émerger certaines suggestions permettant de passer à la deuxième phase qui consiste à expliciter les connaissances tacites préalablement partagées. C'est la phase d'extériorisation. La troisième phase, la phase de combinaison, consiste à combiner les connaissances nouvellement explicitées avec les connaissances déjà présentes dans l'organisation. Enfin, l'intériorisation, constitue la quatrième phase, et consiste à rendre la nouvelle connaissance explicite, tacite. L'organisation produit une connaissance opérationnelle et relance alors une nouvelle spirale de création de connaissances.

Figure 3.1 Le cadre conceptuel



Comme le montre la figure 3.1, le partage de connaissance entre médecine moderne et traditionnelle pourrait se concevoir à l'aide du modèle de création de connaissance de Nonaka. La création de connaissances nécessite la présence d'un contexte dit facilitant, un espace de partage qui entretiendrait l'émergence de relations et que Nonaka décrit sous le concept du Ba. L'ensemble des phases est atteint grâce au dialogue et au partage des pratiques des différents protagonistes et ce, dans un contexte organisationnel qui a une vision de ses connaissances, des objectifs porteurs, des actifs en connaissances et un environnement favorable. Il peut alors se créer de nouvelles connaissances, à savoir les connaissances mutuelles à la frontière des deux médecines étudiées.

Il existe cependant certaines barrières et conditions à la création de connaissance. Ainsi, l'intention, l'autonomie, le chaos créatif, la redondance et la variété requise, peuvent être un frein à la création de connaissances. Le modèle de gestion de connaissances, conduit, s'il est bien compris, à la fois l'organisation et les individus vers de nouvelles connaissances d'où émergent les nouvelles pratiques. Ce sont précisément, ces nouvelles pratiques, émergées des savoirs partagés, qui peuvent contribuer à adapter les pratiques médicales aux différentes réalités culturelles (aussi bien occidentales que locales).

Ainsi, dans une démarche de gestion de connaissances, notamment dans sa perspective socioconstructiviste, tous les savoirs sont importants et doivent être mobilisés afin d'atteindre les objectifs des acteurs.

### 3.2 PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

Les itinéraires thérapeutiques des patients atteints par le VIH-SIDA, comme le suivi des soins sont soumis à des ruptures. Ceci n'étant pas seulement motivé par des raisons économiques, nous supposons que le transfert de connaissances est inadéquat. Nous avons vu qu'il existait différents types de connaissances : aussi bien dans leur nature (tacite, implicite, explicite) que dans leur caractère (individuel, organisationnel, collectif). Nous avons vu que certaines d'entre elles semblaient incompatibles ou illégitimes et n'étaient, de ce fait, pas prises en compte.



Pourtant, chez les anthropologues, la reconnaissance des savoirs locaux est primordiale dans la mise en place d'un projet conjoint en contexte interculturel. En effet, dans le cadre de projet de développement, ils sont souvent amenés à constater un transfert unidirectionnel du savoir *technico-scientifique* à caractère universel. Cette imposition du savoir sur l'autre a, selon eux, de graves conséquences puisqu'elle ruine les espoirs de réussite des projets de développement.

En gestion des connaissances, et surtout pour Nonaka, ce partage de connaissances est aussi primordial puisqu'il est garant de la création de nouvelles connaissances permettant l'émergence d'innovations, non seulement techniques mais aussi organisationnelles ou sociétales.

### 3.3 OBJECTIFS DE RECHERCHE

Qu'en est-il au Burkina Faso, devant la volonté du gouvernement de justement encourager le partage des connaissances entre les acteurs de la médecine traditionnelle et de la médecine moderne ? Comment s'articulent ces connaissances autour de la maladie du VIH-SIDA ?

Nous proposons d'utiliser le modèle de Nonaka, en tant que théorie descriptive de la création de connaissances, pour observer quels sont les flux de connaissances, les lieux de création de connaissances en contexte interculturel. Nous pourrions ainsi observer les formes d'articulation des connaissances en place et voir comment, à travers ce modèle, elles favorisent ou non la dynamique générée par le modèle de Nonaka.

Dans le but de répondre à cette question de recherche, nous tenterons de faire la lumière sur les différents acteurs en présence et sur les connaissances (savoir traditionnel/savoir biomédical) qui entourent la maladie. Nous tacherons aussi d'observer sur place la présence ou non des différents éléments qui composent le modèle de Nonaka : aussi bien au niveau des différentes phases du modèle (socialisation/extériorisation/combinaison/intériorisation) qu'au niveau des conditions qui sous-tendent ce dernier (intention/autonomie/chaos créatif/redondance/variété requise).

Ceci devrait nous permettre de caractériser cette dynamique créatrice dans le milieu médical et plus particulièrement dans le domaine du VIH-SIDA au Burkina Faso.

## CHAPITRE IV

### METHODOLOGIE

Puisqu'il « n'y a pas de travail scientifique possible sans méthode ni méthodologie » (Aktouf, 1987, p. 22), nous abordons dans cette partie la méthodologie utilisée lors de cette recherche. Nous présenterons, dans un premier temps, l'approche méthodologique utilisée puis, dans un second temps, nous décrirons notre terrain de recherche. Nous préciserons, par la suite, les détails des différents outils qui nous ont été utiles, tels que les entrevues et l'observation. Enfin, dans un dernier temps, nous expliciterons le choix de l'analyse de contenu pour l'analyse de nos données et nous évoquerons les différentes catégories d'analyse retenues.

#### 4.1 JUSTIFICATION DE LA MÉTHODE ADOPTÉE

Compte tenu des objectifs de la présente recherche, les choix méthodologiques s'orientent vers des méthodes et des techniques de type exploratoire et qualitatif.

En effet, rappelons qu'il s'agit ici d'observer et de comprendre, à la lumière du modèle de Nonaka, une certaine forme de connaissances, formelle et explicite, issue des sciences médicales, ainsi que le processus par lequel s'opère l'intégration des connaissances implicites et locales des populations concernées par les programmes de traitement du SIDA. Le sujet abordé est donc éminemment sociohumain, puisqu'il va toucher à la conception de la maladie et du traitement, au mode d'interprétation et de justification de ces mêmes phénomènes. Il va donc s'agir d'une étude de terrain, impliquant forcément et principalement des interactions humaines, dans un contexte particulier, avec des valeurs, des représentations mentales et des

systèmes symboliques différents.... En somme, des éléments impliquant la subjectivité des acteurs.

Nous nous trouvons face à une problématique qui relève d'une recherche appliquée, c'est-à-dire à une application de notions théoriques. En essayant d'observer le modèle de Nonaka sur notre terrain de recherche à Bobo Dioulasso (Burkina Faso), nous procéderons donc à une approche méthodologique plutôt déductive qui consiste, selon Aktouf (1987, p. 22) à « analyser le particulier à partir du général, à lire une situation concrète spécifique à l'aide d'une grille générale préétablie ».

Il s'agit d'une étude de terrain, qui impliquera des interactions humaines, nécessaires pour comprendre le contexte particulier, les valeurs, les représentations mentales et pour observer si les formes d'articulation des connaissances décrites par Nonaka sont présentes dans le domaine de la santé sur la thématique du SIDA. En effet, c'est avec le modèle de Nonaka en tête, que nous comptons, au fil des observations et des interactions avec les principaux acteurs de notre terrain, construire et développer nos connaissances.

#### 4.2 PRÉSENTATION DU TERRAIN

Puisque nous adoptons une approche plutôt constructiviste, la compréhension du terrain se fera tout au long de la recherche : aussi bien au travers des ouvrages consultés lors de la revue de littérature, que sur le terrain même, par le biais de l'observation et des entretiens, outils que nous détaillerons ultérieurement.

Notre étude de terrain s'est déroulée à Bobo Dioulasso, deuxième ville du Burkina Faso, après Ouagadougou, la capitale. Nous avons été accueillie dans la structure de recherche du centre Muraz et nous avons visité les deux hôpitaux de la ville : l'hôpital de jour et l'hôpital Souro Sanou.

Les acteurs du terrain interrogés correspondent aux deux groupes distincts identifiés dans la revue de littérature. D'une part, un groupe s'attachant à une compréhension biomédicale de la maladie (les médecins et le personnel hospitalier) et d'autre part, un groupe adoptant une compréhension plus traditionnelle de la maladie (les tradipraticiens et une majorité des patients). Cependant, et c'est tout l'intérêt de l'approche constructiviste, il nous a été permis,

une fois sur le terrain et par le biais de l'observation, de découvrir l'importance du rôle des associations de malades. Ces dernières se sont avérées être des acteurs incontournables dans la prise en charge des patients et dans le transfert de connaissances entourant la maladie du sida en milieu interculturel.

#### 4.3 LA COLLECTE DE DONNÉES.

Lors de la collecte de données, nous chercherons à récolter deux types de données pour atteindre l'objectif de recherche :

- des données primaires de type qualitatif : puisque nous sommes dans une approche constructiviste, nous chercherons à générer, sur le terrain, de nouvelles informations à travers l'observation et les entrevues auprès des acteurs identifiés précédemment;
- des données secondaires d'ordre qualitatif ou quantitatif, dont la collecte s'effectuera à travers les rapports, les ouvrages, les documents, etc., et qui devraient, dans une optique de triangulation des données, confirmer ou compléter les données primaires présentées précédemment.

Le choix de l'observation et des entretiens est motivé par Beaud et Weber (2003, p. 176), pour lesquels « l'observation reste le principal outil de l'ethnographie et l'entretien en est le complément plus ou moins indispensable ». Entretiens et observations sont alors indissociables et font avancer l'enquête de concert. Ainsi, à titre d'exemple, il nous a été donné de rencontrer des interviewés affirmant, lors des entretiens, ne pas aller chez un tradipraticien, alors qu'il était possible, à l'aide de l'observation, de constater que cette personne portait sur elle des objets sensés assurer sa protection contre les mauvais esprits.

Nous allons maintenant présenter plus en détail, ces outils de recherche. Mais, puisque selon Aktouf (1987, p. 85), « l'instrument de recherche doit être connu et maîtrisé par le chercheur, aussi bien dans sa portée que dans ses limites », nous présenterons aussi leurs limites.

#### 4.3.1 Les entretiens

Étant donné la problématique qui, rappelons-le, est fortement teintée du tenant culturel des interviewés, nous décidons de mener des entretiens ethnographiques. Les interviewés se retrouveront ainsi dans leur « milieu d'inter-connaissance », afin que leurs propos prennent sens dans un contexte dont nous ne négligerons pas les dimensions culturelles et locales (Beaud et Weber, 2003, p. 176).

Nous procéderons à deux types d'entretiens : des entretiens de type exploratoire puis des entretiens semi-dirigés.

##### 4.3.1.1 Les entretiens exploratoires

Les entretiens exploratoires constitueront la première phase de la série d'entrevues. Ils seront menés en France auprès d'experts sur le sujet ou d'acteurs impliqués dans le milieu, tel que conseillés par Quivy et Van Campenhoudt (1988) et par Beaud et Weber (2003).

Ces entretiens exploratoires auront pour fonction de nous éclairer sur la problématique étudiée. Ils devraient nous permettre de faire ressortir des points que nous n'avions pas envisagés (Quivy et Van Campenhoudt, 1988). Ceci est d'autant plus important dans le contexte de notre recherche et de notre problématique puisque nous ne connaissons que peu la culture africaine et les pratiques des tradipraticiens et que, sur bien des aspects, elles nous sont inaccessibles. Ainsi, certaines entrevues exploratoires nous ont permis d'accéder aux subtilités d'une culture qui n'est pas la nôtre.

Ces entretiens consisteront en des discussions assez peu structurées mais centrées sur le sujet précis et délimité de la conception du Sida en Afrique et des différents groupes culturels qui l'entourent. Lors de ces entretiens, le degré de liberté, tel que le préconisent Aktouf (1987, p. 62), Quivy et Van Campenhoudt (1988), devra être très élevé, aussi bien pour le questionneur que pour le questionné. L'entretien se déroulera donc d'une manière très souple, en prenant la forme d'une discussion autour de la problématique de recherche. Quivy et Van Campenhoudt (1988, p. 71) suggèrent, à ce propos, de ne pas utiliser de grilles d'analyse précise.

La pré-enquête sera donc menée à l'aide des entretiens exploratoires et appuyée par une méthode dite documentaliste qui, chez Aktouf (1987, p. 108), consiste « à répertorier et à consulter des documents » (lectures de journaux ou de rapports locaux traitants du sujet). Selon Quivy et Van Campenhoudt (1988, p. 60), « les lectures et les entretiens exploratoires doivent aider à constituer la problématique de recherche. (...) Les uns et les autres (lectures et entretiens) sont complémentaires et s'enrichissent mutuellement ».

Ainsi, sur le terrain, nous avons été amenée à consulter la presse locale ainsi que les brochures disponibles dans les différentes structures visitées.

#### 4.3.1.2 Les entretiens semi-dirigés

Le choix de procéder à des entretiens semi-dirigés est motivé, à l'instar de Michelat (1975, cité par Robert et Bouillaguet (1997, p. 107)), par le fait que ce type d'entretien est particulièrement approprié lorsque l'on « cherche à appréhender et à rendre compte de systèmes de valeurs, de normes de représentations, de symboles propres à une culture ou à une sous-culture ». Ces entretiens provoquent des productions verbales qui constitueront autant d'informations symptomatiques.

En ce qui concerne les outils nécessaires à la réalisation de ces entretiens, de même que Beaud et Weber (2003, p. 206), nous pensons qu'il faut se méfier des guides d'entretiens trop rigides. Ces auteurs suggèrent que ce type d'outil ne permet pas d'être attentif à l'entretien ou au contexte immédiat. L'interviewer est alors « obsédé par le guide » dont il devient le prisonnier en cherchant constamment à « recadrer l'entretien pour l'ajuster à un questionnement pré-construit ». Non seulement, « aucune hypothèse nouvelle ne ressort de l'entretien » mais, de plus, on « coupe court à toute possibilité pour l'interviewé d'enchaîner ses idées. L'interviewer se laissera moins aller et cherchera toujours à savoir s'il est dans le sujet, s'il répond bien, or il n'y a pas de bonnes réponses ». Ainsi selon les auteurs, « il est inutile de s'encombrer avec un guide d'entretien **détaillé**, son usage ne correspond pas à l'esprit » du travail ethnographique.

En revanche, nous nous sommes assurée d'apporter, sur le terrain, un carnet sur lequel les thèmes du mémoire et quelques questions que nous voulions absolument aborder, avaient été

notées. Les auteurs reconnaissent, en effet, que la présence d'un guide d'entretien ou d'une grille d'observations autorise les comparaisons systématiques et surtout, qu'il rassure.

Ainsi, quelques questions ont été élaborées à partir des éléments constituant le cadre conceptuel puis complétés à la lumière des informations recueillies lors des entretiens exploratoires de la première phase (Appendice B).

Selon Beaud et Weber (2003), il est nécessaire que les questions ne soient pas trop éloignées des activités ordinaires des interviewés. Ainsi, nous gardions en tête les fonctions, le statut et le rôle de chacun des interviewés dans leur organisation respective.

La présence de ce carnet de notes nous a par ailleurs permis de transcrire quelques observations personnelles après les entretiens, afin de reconstituer le contexte dans lequel s'était déroulé l'entretien, tel que le préconisent Beaud et Weber (2003).

#### 4.3.1.3 Présentation des répondants

Les entrevues se sont réalisées sur un échantillon que Quivy et Van Campenhoudt (1988, p. 154) nomment « non strictement représentatif mais caractéristique de la population ». Nous avons interrogé des médecins, du personnel médical, des tradithérapeutes, des associatifs et des professionnels du sujet, soit les catégories d'acteurs présentées précédemment. Une partie des rendez-vous, aussi bien avec les médecins qu'avec les associations et les tradipraticiens ont eu lieu grâce au bouche à oreille, ce qui pourrait s'apparenter à un échantillonnage en boule de neige. Certaines rencontres n'ont, en effet, été possibles que par notre introduction auprès de certains groupes, par des personnes de référence.

En ce qui concerne le nombre d'entretiens à effectuer, nous adoptons la position de Beaud et Weber (2003, p. 177), pour lesquels il s'agit d'une « fausse question puisqu'elle met sur le même plan des entretiens qui ont des statuts très différents, de plus les entretiens approfondis ne visent pas à produire des données quantifiées et n'ont donc pas besoin d'être nombreux ». Ainsi, puisque les « entretiens ethnographiques se répondent les uns aux autres », nous estimons que leur quantité sera suffisante lorsque nous ne dégagerons plus de ces derniers, que des informations redondantes.

Concrètement, dans le cadre de cette recherche, nous avons effectué 19 entretiens, dont 3 exploratoires et ce, durant tout le mois de mai 2006. Les entrevues ont duré en moyenne une heure et demie et se sont déroulées auprès des acteurs identifiés précédemment qui sont tous en relation, d'une manière ou d'une autre, avec le domaine de la santé et qui sont, pour la plupart, originaires d'Afrique de l'Ouest. Nous présentons un profil succinct des répondants en annexe (Appendice A).

Lors des entretiens exploratoires, à Paris, des professionnels du domaine médical en contexte interculturel ont été interrogés et nous ont effectivement permis de revenir sur la méthodologie, en suggérant d'intégrer l'observation à nos outils méthodologiques.

En ce qui concerne la deuxième série d'entretiens, celle-ci s'est déroulée sur place, à Bobo Dioulasso, au Burkina Faso. Les entretiens avec les médecins et le personnel médical ont été réalisés au sein des structures hospitalières ou des structures de recherche. Les entretiens avec les tradipraticiens, dans leur village ou dans le local de l'association. Les entretiens avec les membres actifs d'association se sont déroulés dans les bureaux des associations ou dans les centres hospitaliers où elles exercent. Tous les entretiens ont été menés en français, c'est pourquoi, pour l'un d'entre eux, nous avons eu recours à un traducteur. Dans le cas de l'association des tradipraticiens, cinq jeunes tradipraticiens ont assisté à l'entrevue; seulement deux ont pris la parole de façon soutenue, dont le président. La retenue des trois autres s'est expliquée par leur connaissance approximative du français.

#### 4.3.1.4 Outil technique : l'enregistrement

L'ensemble des auteurs consultés (Beaud et Weber, 2003; Aktouf, 1987; Quivy et Van Campenhoudt, 1988) préconise l'enregistrement des entrevues. Chez Beaud et Weber (2003), c'est même une condition *sine qua non* puisqu'elle préserve et conditionne la qualité de l'écoute. En effet, cela évite la prise systématique de notes qui monopolise l'attention et est forcément lacunaire, puisque tout ne peut pas être noté. L'enregistrement permet ainsi d'embrasser l'ensemble du discours, de suivre les propos de l'interlocuteur et surtout les signes non verbaux qui facilitent l'échange. Aktouf (1987, p. 115) ajoute d'ailleurs que « plus l'entretien est libre, plus le magnétophone est souhaité ».



Ainsi, tous les entretiens ont été enregistrés sauf pour deux des répondants qui l'ont expressément refusé.

#### 4.3.1.5 Limites des entretiens

Puisque nous optons pour des entrevues exploratoires et semi-dirigées qui seront enregistrées, intéressons-nous aussi à quelques-unes de leurs limites afin d'avancer en toute connaissance de cause. Il ressort de la littérature, deux types de problèmes liés à l'entretien : les problèmes humains et les problèmes techniques.

En ce qui concerne les problèmes humains, il s'agit, pour Aktouf (1987, p. 115) du « courant émotionnel et de l'interaction d'ordre purement affectif qui s'installent entre le questionneur et le questionné ». L'auteur aborde la méfiance et la fuite devant les questions qui sont dues à la présence de l'interviewer. Selon lui, cette dernière « tend à augmenter la méfiance des répondants, car malgré tout, il (l'interviewer) demeure une sorte d'inquisiteur, celui qui est là pour poser des questions et exposer l'interrogé à jugement » (Aktouf, 1987, p. 115).

Beaud et Weber (2003) abordent aussi la problématique du refus d'entretien. Il existe, chez ces auteurs, trois raisons objectives pour lesquelles l'interviewé ne veut pas répondre : sa position sociale, la perception de l'enquête, la perception de l'inscription du chercheur dans le milieu enquêté. De ce dernier cas, on peut différencier possibilités : soit les enquêtés ne se sentent pas assez légitimes, soit les enquêtés ont quelque chose à cacher. Dans le cadre de notre recherche, le second cas de figure semble plus intéressant. Les interviewés « se méfient de tout regard extérieur ou plus exactement de toute forme d'enquête. Ils craignent toujours que leurs propos soient enregistrés et utilisés contre eux pour établir des jugements » (Beaud et Weber, 2003, p. 192). Dans notre cas, seulement deux personnes ont refusé d'être enregistrées, sans pourtant en préciser la raison. Une mise en confiance préalable et la diffusion d'informations sur le sujet de recherche la plus large possible, permet selon Aktouf (1987) de « diminuer les appréhensions et l'anxiété que peuvent ressentir les enquêtés. Notre séjour d'un mois sur le terrain, nous a, en partie, permis d'outrepasser cette crainte.

En ce qui concerne les limites techniques, elles reposent essentiellement sur l'utilisation du magnétophone : l'expérience montre, en effet, « qu'il provoque plus de résistance et de

blocage chez les interviewés, qu'il introduit un élément de perturbation quand il s'agit de procéder à des réglages de changements de cassettes » (Aktouf, 1987, p. 115).

Beaud et Weber (2003, p. 245), pour leur part, interpellent sur la transcription des données enregistrées. Pour les auteurs, « quelle que soit la qualité de votre transcription, vous allez faire perdre à l'entretien une partie de ce qui fait la richesse de l'interaction de face à face et des paroles qui s'y prononcent notamment tout le subtil dégradé des émotions qui passent par la voix. On ne peut pas rester fidèle dans la transcription ». Dans notre cas, nous avons noté en effet, lors de la rédaction des verbatims, la difficulté à retranscrire les émotions des répondants qui soulignaient pourtant l'intensité de leurs propos.

#### 4.3.2 L'observation

##### 4.3.2.1 Description

Nous procéderons aussi à une observation de type ethnologique, car elle consiste « à étudier une communauté durant une longue période » (Quivy et Van Campenhoudt, 1988, p. 155). Nous utiliserons la méthode d'observation participante parce qu'elle convient particulièrement à l'analyse du non verbal et de ce qu'il révèle : « les conduites instituées et les codes comportementaux, le rapport au corps, les modes de vie et les traits culturels, l'organisation spatiale des groupes et la société, etc... » (Quivy et Van Campenhoudt, 1988, p.155).

Nous procéderons à une observation de type direct définie par Quivy et Van Campenhoudt (1988, p. 155) comme une observation « où le chercheur procède directement lui même au recueil des informations sans s'adresser aux sujets concernés. Elle fait directement appel à son sens de l'observation ».

Concrètement sur le terrain, cela s'est traduit par notre intégration dans le centre de recherche et dans les différents hôpitaux ainsi que par un contact permanent avec le monde médical et bobolais pendant un mois. Sur le terrain, l'observation s'est faite de manière continue, lors des rencontres, des visites, des entretiens et des jours de congé. Ceci a permis comme le décrivent Quivy et Van Campenhoudt (1988, p. 190) « la saisie des comportements et des évènements sur le vif, (le) recueil d'un matériel d'analyse non suscité par le chercheur et

donc relativement spontané, ainsi qu(e) la relative authenticité des comportements par rapport aux paroles et aux écrits ».

Pour Beaud et Weber (2003), l'observation est un triple travail de perception, de mémorisation et de notation. Le champ d'analyse de cette recherche étant le milieu de la santé de la ville de Bobo Dioulasso, l'observation portera sur :

- les espaces : observer l'arrangement de l'espace au sein des structures : on a remarqué par exemple, la disposition des potions en étagères étiquetées dans les locaux de l'association des tradipraticiens, la structure et l'agencement de l'hôpital souvent décrit comme inquiétants pour les patients ruraux...
- les comportements : l'enthousiasme dans les réponses, le ton de voix... Nous avons assisté à une cérémonie de désenvoûtement de la terre, à des réunions du personnel hospitalier ...
- les détails : nous avons tenté d'observer les protections comme signe de lien explicite avec les tradipraticiens, les panneaux dans les hôpitaux comme moyen de communication avec la population...

Nous n'avons pas non plus négligé l'utilité des schémas, dans la mesure où il s'agit d'un outil de remémoration qui permet, selon Beaud et Weber (2003), de mettre l'accent sur les places et les relations spatiales.

Au même titre que les guides d'entretien, les guides d'observation risquent d'enfermer le chercheur. La constitution d'un guide d'observation contient les mêmes problèmes que la constitution d'un questionnaire comme nous l'avons vu plus haut. À ce propos Beaud et Weber (2003, p. 139) mentionnent même qu'« un guide d'observation ne peut pas être inventé hors du terrain ». Cependant, au même titre que les raisons qui nous ont poussé à élaborer un guide d'entretien, nous avons procédé à la construction d'un guide d'observation. Ce dernier est constitué des différents éléments qui composent le cadre conceptuel et a été complété par les informations obtenues lors de rencontres exploratoires. Nous présentons ce guide en annexe (Appendice D).

#### 4.3.2.2 Limites

La littérature parcourue (Quivy et Van Campenhoudt, 1988; Beaud et Weber, 2003) souligne trois types de difficultés couramment rencontrées lors de l'observation. La première consiste à se faire accepter en tant qu'observatrice, la deuxième relève de la difficulté à conserver des traces : le chercheur ne peut pas se fier à sa seule mémoire des événements saisis sur le vif, car la mémoire est sélective et éliminerait une multitude de comportements dont l'importance n'est pas perçue immédiatement. La prise de notes n'étant pas toujours possible ou souhaitable, il faudra prendre des notes tout de suite après. Enfin, la troisième difficulté réside dans l'interprétation des observations. Un observateur débutant risque de ne voir que ce qu'il projette. Faux pas, malentendus et contresens sont trois des conséquences inévitables du dépaysement. Si les deux premiers sont fondés sur des références différentes et peuvent être rectifiés car ils sont interactifs, le troisième en revanche, est un risque d'analyse, mais pourra être validé lors des entretiens (Beaud et Weber, 2003).

### 4.4 LES OUTILS POUR L'ANALYSE DE DONNÉES : UNE ANALYSE DE CONTENU

Le choix méthodologique d'une analyse de contenu se base sur le constat de Quivy et Van Campenhoudt (1988, p. 216) qui affirment que « le choix des termes utilisés par le locuteur, leur fréquence et leur mode d'agencement, la construction du discours et son développement constituent des sources d'informations à partir desquelles le chercheur tente de construire une connaissance ». L'analyse de contenu peut, en effet, servir à traiter tout type de matériel de communication verbale et tout matériel spécialement créé par le chercheur tels que protocoles d'interviews, questionnaires. Nous nous servirons donc de l'analyse de contenu d'entrevues pour souligner les éléments saillants des entrevues pratiquées.

Des différentes typologies d'analyse de contenu présentées par Aktouf (1987, p. 119), nous procéderons à une analyse de contenu de type qualitative, qui, selon la définition « s'intéresse au fait que des thèmes, des mots ou des concepts soient ou non présents dans le contenu. L'importance à accorder à ces thèmes ne se mesure pas alors au nombre ou à la fréquence, mais plutôt à l'intérêt particulier, la nouveauté, le poids sémantique par rapport au contexte ».

Si pour Quivy et Van Campenhoudt (1988, p. 216) seule l'utilisation de méthodes construites et stables, comme les fréquences relatives ou les cooccurrences, permet au chercheur « d'élaborer une interprétation qui ne prend pas pour repère ses propres valeurs et représentation », nous estimons à l'instar de Martin (2005) que la fréquence d'une proposition ne rend pas cette dernière plus intéressante.

Le choix d'une analyse de type qualitative repose sur la petite taille de nos échantillons, sur l'intérêt que nous portons aux thèmes abordés par les interviewés ainsi que sur notre volonté de mettre les différents points de vue en relation. Tous ces éléments sont aussi chez Robert et Bouillaguet (1997) les déterminants d'un choix d'analyse qualitative de contenu. De plus, Martin (2005, p. 89) note qu'en « deux heures d'entretien, l'important est ce qui structure l'entretien, non combien de fois le sujet a été abordé ».

Cette proposition est particulièrement intéressante dans le cadre de notre problématique. D'abord, parce que nous aborderons des sujets excessivement tabous, ensuite parce qu'il s'agira de « croyances<sup>7</sup> » longtemps discréditées et ensuite parce qu'à travers le SIDA, nous abordons un sujet sensible : la sexualité. Il se peut ainsi que l'ayant mentionné une fois, l'interviewé ne revienne pas ou ne s'étende pas sur le sujet. Cette proposition quantitativement sans valeur en perd-elle pour autant sa valeur qualitative et son caractère renseignant ?

Par ailleurs, il nous faudra prendre en compte que certaines entrevues se réaliseront avec des personnes dont le français n'est pas la langue maternelle et dont la maîtrise peut être approximative. Enfin, parce que la construction des phrases semble y être différente, un concept pourra avoir été abordé sans être mentionné. Par exemple, il nous a été donné d'entendre parler, sur le terrain, de « l'autre monde » sans que le mot « mort » ne soit prononcé.

Enfin, cette analyse de contenu qualitative sera de *type direct* c'est-à-dire que nous ne nous attacherons, en général, qu'au sens littéral de ce qui nous aura été signifié, nous ne tenons pas

---

<sup>7</sup> Le mot croyance est entre guillemets parce qu'il s'agit plutôt d'un système logique d'explication de la maladie. Le nom croyance est alors perçu par nous comme un jugement de valeurs.

à trop interpréter les propos exprimés et nous voulons les retranscrire dans leur sens manifeste. Cependant, et c'est là aussi l'intérêt de l'observation et de la mise en contexte des interviewés, nous aurons recours à « l'analyse de contenu indirecte » dans la mesure où nous chercherons aussi, comme le définit Aktouf (1987, p. 120) « à dégager le contenu non directement perceptible, le latent qui se cacherait derrière le manifeste ou le littéral ». Les notes et les émotions issues des observations sur le terrain nous permettront de dégager ce sens latent et d'avoir recours, comme l'explique (Aktouf, 1987, p. 120) « à une interprétation de sens des éléments, de leurs fréquences, leurs agencements, leurs associations ».

L'analyse de contenu s'effectuera grâce à la constitution de catégories. Puisque nous sommes dans une démarche constructiviste, ces dernières vont émerger de l'étude des entrevues et des observations menées sur le terrain, que nous présentons dans le prochain chapitre. Puisque nous sommes partis avec le modèle de Nonaka en tête, les catégories devraient s'apparenter aux éléments clés du cadre conceptuel proposé au chapitre 2. Chez Aktouf (1987, p. 122) comme chez Robert et Bouillaguet, (1997, p. 29), « les catégories de l'analyse de contenu doivent répondre à quatre qualités fondamentales » que nous tenterons d'appliquer à savoir la pertinence, l'exhaustivité, l'exclusivité et enfin l'objectivité ou évidence chez Aktouf (1987, p. 118). la pertinence, se mesure à la capacité des catégories à tenir un équilibre entre le reflet du corpus; l'exhaustivité doit permettre de retrouver enregistré dans la grille tout le corpus pertinent; l'exclusivité renvoie au fait que les mêmes éléments de contenus ne doivent pas appartenir à plusieurs catégories; et enfin, l'objectivité, ou évidence chez Aktouf (1987, p.118) suppose que « n'importe quel autre analyste devrait pouvoir sans difficulté, classer les mêmes éléments, de la même façon dans la même catégorie ».

## CHAPITRE V

### BILAN DES OBSERVATIONS ET DES ENTREVUES

Nous présentons dans cette partie les éléments qui ont émergé des différentes entrevues et des observations menées sur le terrain à Bobo Dioulasso. Cette section va nous permettre de présenter la réalité du terrain telle que nous l'avons comprise et sur laquelle nous allons nous baser pour faire notre analyse.

Le plan proposé pour mettre en forme les différentes informations émerge des catégories de l'analyse de contenu des données recueillies lors des entrevues et des observations et rejoint le cadre conceptuel. Nous présenterons donc, dans une première partie, ce qui nous a été rapporté sur le contexte dans lequel se déroule l'étude, puis nous présenterons les informations recueillies quant à la réalité des tradipraticiens et à celle des médecins. Nous verrons ensuite que les savoirs traditionnels et biomédicaux ne se rencontrent pas souvent et nous présenterons ce que nous avons découvert lorsque ces « mondes » se réunissent.

Des citations issues des verbatims nous permettront d'illustrer notre propos. Pour alléger le style, nous ne proposerons qu'une ou deux citations, mais elles seront toujours le reflet d'un sentiment plus largement partagé par les répondants.

Nous avons observé là-bas, deux types de conception entourant la maladie : la culture biomédicale, surtout assimilée à la notion de modernité et la culture traditionnelle. L'une semblant toujours se définir par rapport à l'autre, nous présenterons des sections perméables, dans lesquelles seront souvent présentes les deux perceptions.

## 5.1 CONTEXTE DE LA RECHERCHE

### 5.1.1 Deux manières d'aborder la maladie

Comme nous l'avions découvert dans la revue de littérature, tous les répondants nous ont présenté, à leur manière, la conception moderne et la conception traditionnelle de la maladie. Dès les premières entrevues exploratoires, la présence de ces deux perspectives était clairement établie.

Ainsi a émergé, d'une part une culture biomédicale souvent qualifiée de moderne et calquée sur le savoir occidental ainsi que la compréhension scientifique de la maladie et d'autre part, une culture dite traditionnelle de la maladie. Nous tenterons de le montrer au travers des éléments d'observations rapportés dans cette partie.

Tous les acteurs interrogés sur le terrain, à Bobo Dioulasso, sont conscients de la situation et comme les deux parties ont à cœur de soigner le patient, la problématique de cette recherche a été très chaleureusement accueillie :

« Comment tirer le meilleur des savoirs populaires et de la médecine pour adapter la prise en charge au niveau culturel des populations et je pense que cette problématique doit être posée »<sup>8</sup>.

Ces deux groupes ont une conception tout à fait différente de l'étiologie de la maladie et un chercheur rencontré lors d'une entrevue exploratoire nous éclaire :

« On attrape le sida par le sang, par le lait, par les relations sexuelles. Pour le Koroté<sup>9</sup>, c'est plus compliqué que cela. Le Koroté ne se transmet pas, c'est un sort, c'est nominatif. Tu le lances contre X, il va à cet endroit, il attrape X, par conséquent X n'a rien fait pour avoir ça. Ce sort fatal a pour fonction de donner indéniablement la mort, donc ça donne plein de maladies opportunistes. Le Koroté est un sort qui peut être pensé comme un empoisonnement donc il faut qu'il y ait un aspect physique, il faut qu'il vous touche, que vous ayez un contact avec lui : manger; du coup, les Africains font très attention à ce qu'ils mangent et boivent; deuxième chose, le Koroté peut être lancé, il se déplace alors tout seul et puis il va chercher passionnellement quelqu'un, mais de toute

<sup>8</sup> Répondant 12 : Médecin (recherche), 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>9</sup> Koroté : mot Bambara employé au Mali, pour désigner un sort nominatif à visée mortelle.



façon, il faut qu'il touche. Donc moi, je ne suis pas actif quand j'ai le Koroté, je n'ai rien fait. Par contre avec le VIH, sauf dans le cas de transfusion sanguine, je suis actif. Rien que du point de vue de cette pensée-là : « d'où vient la maladie ? » on est déjà dans des mondes complètement différents et ça va avoir des implications extraordinaires sur le côté épidémiologique de la maladie »<sup>10</sup>.

### 5.1.2 Le parcours thérapeutique des patients

L'ensemble des répondants nous a présenté le parcours thérapeutique type d'un patient, comme une oscillation entre le tradipraticien et le médecin. Habituellement, les patients vont d'abord et avant tout voir les tradipraticiens. Si le remède donné par ce dernier ne semble pas fonctionner, le patient se tourne alors vers la médecine moderne et le milieu hospitalier. Il arrive que le tradipraticien constitue aussi une porte de sortie, puisque certains médecins, envoient les patients chez les tradipraticiens.

« Alors, dans le milieu africain lorsque quelqu'un a un problème il commence d'abord par ces gens-là (les tradithérapeutes) avant de venir dans le milieu médical. C'est seulement une fois que les remèdes ne marchent pas que les gens vont à l'hôpital; c'est quand ça ne va pas qu'ils retournent »<sup>11</sup>.

Le nombre de personnes allant voir des tradipraticiens est excessivement important. Le fait d'aller voir un tradipraticien n'est pas, comme nous le pensons souvent en Occident, le fait de ruraux isolés. Ainsi, un médecin rapporte que le phénomène toucherait 80 % de la population, un chercheur avance le chiffre de 90 % :

« 80 % de la population et même celle qui est urbaine au Burkina, les premiers itinéraires thérapeutiques passent par les tradipraticiens. Cela veut dire que c'est peut-être quelque chose qui est culturellement accessible et peut être, financièrement accessible. Au moins culturellement, ça c'est sûr; mais financièrement parfois, cela revient à beaucoup de sacrifices. Mais globalement, les gens s'en sortent, puisque de manière séculaire, c'est ça qui se fait. Et donc c'est un premier niveau de soins pour les patients et un dernier niveau de soins »<sup>12</sup>.

---

<sup>10</sup> Répondant 3 : Professeur Linguistique, 40-60 ans, masculin, malien; entretien exploratoire, Paris France.

<sup>11</sup> Répondant 5 : Infirmier, 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>12</sup> Répondant 12 : Médecin (recherche), 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

« 90 % de la population est soignée par les médecins traditionnels : c'est la vérité ! Ne pas en tenir compte, c'est perdre son temps... et encore 90 %, je suis gentil, 99 % et les 1 % sont les gens riches qui n'ont pas de maladie mais quand ils vont en avoir, ils vont aller voir les guérisseurs. (...) Ces gens sont à tous les niveaux de la vie et dans tous les endroits importants. Qui devient président en Afrique sans passer par eux ? Je veux bien qu'on me le montre »<sup>13</sup>.

Quelle que soit la proportion exacte, il s'agit d'un phénomène plus important que nous l'avions soupçonné avant d'arriver sur le terrain. La population locale est attachée à l'explication du virus par le sort :

« Parce que chez nous en Afrique, y a pas de maladie naturelle, faut qu'on trouve toujours une cause et la cause, généralement, c'est un individu. Si tu es malade, c'est grave, il faut chercher qui te donne cette maladie »<sup>14</sup>.

Par ailleurs, il nous est apparu au travers des entrevues l'importance et l'influence de la famille, dans le parcours thérapeutique du patient. Un médecin rapporte à ce sujet :

« La famille est très écoutée en Afrique, c'est pourquoi le problème du VIH n'est pas si simple que cela; beaucoup ne veulent pas se faire dépister, même quand ils savent que c'est peut-être ça... parce que quand quelqu'un est malade c'est pas lui qui est malade, c'est toute sa famille (...) Très souvent en fait, ce qui met un frein à faire la sérologie, à aller voir le médecin, à tout ça, c'est la famille »<sup>15</sup>.

Enfin, concernant plus spécifiquement la maladie du VIH-SIDA, le concept de maladie chronique : c'est à dire, être bien tout en étant malade, semble, aux dires des interviewés, être un concept confus qui ne favorise pas l'adoption d'une compréhension biomédicale de la maladie :

« Dans toutes les maladies chroniques, c'est le même problème qu'on rencontre. En fait chez nous, la notion de maladie chronique est mal

---

<sup>13</sup> Répondant 3 : Professeur Linguistique, 40-60 ans, masculin, malien; entretien exploratoire, Paris France.

<sup>14</sup> Répondant 6 : Médecin (clinique), 20-40 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>15</sup> Répondant 11 : Médecin (recherche), 40-60 ans, féminin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

acceptée. Les gens conçoivent très mal d'avaler des médicaments toute la vie. C'est culturel » <sup>16</sup>.

### 5.1.3 Le paradigme du monde moderne

Cette situation dichotomique, n'est pas propre au monde médical et certains répondants nous affirment que, dans beaucoup de cas, les structures ou les modes de fonctionnement du pays sont en déphasage avec la population :

« Je pense que, en médecine, comme dans beaucoup d'autres domaines, on est en déphasage par rapport à la population. La médecine, la science est en déphasage par rapport à la population en général, c'est-à-dire que nous nous essayons d'appliquer ce que nous avons appris par la science dans les écoles conventionnelles. Il y en a très peu qui ont accès à ça et donc qui ont toute une croyance, qui font qu'ils ont plus recours à l'autre médecine qu'à notre médecine » <sup>17</sup>.

Cependant, si ce déphasage tend à développer deux mondes différents : l'un dit moderne, l'autre présenté comme plus traditionnel, les répondants affirment que les patients épousent totalement les deux modes de pensées qui coexistent :

« Puisque notre histoire se confond avec d'autres histoires qui ont plus de force, qui ont plus de voix et puisque nous avons appris à être soumis, donc à enfouir des choses, nous sommes tous devenus schizophréniques, mais une schizophrénie dans laquelle nous retrouvons notre équilibre parfait. Lorsque nous sommes dans les sphères modernes, nous avons le discours nécessaire moderne qui justifie de cette histoire et qui justifie de nos places dans le système de production- parce que c'est cela qui donne de la valeur. Mais en même temps, lorsque nous sommes chez nous, nous discouons de cette deuxième chose qui est que nous avons nos féticheurs, nos marabouts, nos transes... » <sup>18</sup>.

Il est ainsi difficile d'identifier des acteurs appartenant à chacun de ces mondes, car s'il nous a été donné de rencontrer de fervents défenseurs de l'une ou de l'autre des cultures, la majorité de la population adopte une attitude ambivalente. Elle ne fera pas le choix de

---

<sup>16</sup> Répondant 6 : Médecin (clinique), 20-40 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>17</sup> Répondant 4 : Médecin (clinique), 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

prendre parti pour l'un ou pour l'autre et arrivera parfaitement à vivre avec les deux modes de pensées. Ainsi, un médecin s'interroge sur le fait de recevoir les familles après un passage chez le tradipraticien

« Il y a comme un syncrétisme de la part de la population : vous allez voir un tradithérapeute qui vous donne un breuvage, vous faites ingurgiter à l'enfant, il a des problèmes...la logique aurait voulu que vous retourniez le voir, la logique aurait voulu...parce que moi je ne connais pas les plantes »<sup>19</sup>.

Pour d'autres, il existe une explication claire de ce phénomène :

« La plupart des patients qui connaissaient l'étiologie médicale du sida, à l'époque, parce que le Dr X l'expliquait bien, parce qu'il prenait le temps d'expliquer aux gens, etc, ...mais que ça, ça empêchait pas le recours aux thérapies traditionnelles comme si les deux coexistaient à deux niveaux différents : l'interprétation médicale, et les patients prenaient les médicaments pour leurs enfants, mais c'était pas suffisant pour redonner un sens à ce qui arrivait. Ils avaient besoin de faire appel à des réseaux thérapeutiques parallèles et qu'en fait les deux interprétations étaient articulées l'une dans l'autre, elles n'étaient pas exclusive l'une à l'autre. L'interprétation médicale parce qu'elle donne sens à des symptômes que j'ai, mais c'est pas suffisant pour expliquer pourquoi j'ai tous ces malheurs là et donc pour ce système d'interprétation, je fais appel à ceux que je connais qui sont ceux de mon monde »<sup>20</sup>.

#### 5.1.4 Une réalité structurelle et politique

Au niveau de la politique locale en matière de tradithérapie, l'implication du gouvernement est très réelle. Nous avons pu voir, dans la partie sur la mise en contexte, l'implication gouvernementale. Cependant, cette dernière est plus ou moins appréciée selon les répondants. Si chez certains, il s'agit d'une grave erreur de la part des autorités...

« L'OMS et le ministère de la santé font les louanges de ces gens — là, mais je ne comprends pas quel objectif nous visons. Si l'OMS et le ministère de la santé ont pris conscience que nous ne pouvons pas soigner tout le monde, ben

---

<sup>18</sup> Répondant 3 : Professeur Linguistique, 40-60 ans, masculin, malien; entretien exploratoire, Paris France.

<sup>19</sup> Répondant 4 : Médecin (clinique), 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>20</sup> Répondant 1 : Médecin, 40-60 ans, masculin, français; entretien exploratoire, Paris France.

qu'ils laissent la population aller là où elle veut, mais elle ne peut pas magnifier quelque chose qui présente des lacunes très graves »<sup>21</sup>.

...pour d'autres, c'est un moyen d'enrichir le pays en vendant les molécules actives aux industries pharmaceutiques et en développant les connaissances locales :

« ...Au niveau du gouvernement et du ministère de la s' il y a une direction qui cherche à potentialiser tous les apports, tant des connaissances de la recherche de la médecine traditionnelle, donc y a une direction générale qui s'occupe, entre autres, de la recherche en médecine traditionnelle. Présentement, cette direction générale est en train d'évaluer ce que donne une plante traditionnelle qui s'appelle la spiruline dans la prise en charge des malades du SIDA (...). Ils ont même un colloque national ou un colloque international SIRENA (salon international de remède naturel). C'est pour dire qu'il y a une dynamique forte par rapport à l'utilisation de la médecine traditionnelle »<sup>22</sup>.

#### 5.1.5 Conseils préliminaires

Les entrevues exploratoires nous ont permis de faire le point sur le contexte. Mais nous présentons ici quelques conseils essentiels qui nous ont été donnés afin de nuancer les propos qui vont suivre :

« Il y a un discours scientifique qui est assez positiviste et c'est le discours de la vérité, il est la vérité (...) Les gens vont dire : une jeune blanche, qui vient nous poser des questions... les Africains ont longtemps pensé que c'était disqualifiant de connaître ces pensées autres donc ils vont vous montrer la « vérité » »<sup>23</sup>.

« Ils vont tout le temps penser qu'ils vont être jugés. Et pas seulement jugés, mais considérés comme n'étant pas à leur place, donc la question est plus grave que ça. Quand on est un quelqu'un en Afrique qui accepte de reconnaître, en tant que médecin, que le sort existe, en tant que médecin on est presque sûr qu'on peut être lourdé de sa place, hein-il faut pas se tromper ! Ah ben bien sûr puisque c'est un discours absolument de l'ordre de ce que moi j'appelle, du dedans, des sphères complètement individuelles et personnelles. Chez soi, à la

---

<sup>21</sup> Répondant 4 : Médecin (clinique), 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso. :

<sup>22</sup> Répondant 12 : Médecin (recherche), 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>23</sup> Répondant 3 : Professeur Linguistique, 40-60 ans, masculin, malien; entretien exploratoire, Paris France.

maison on en parle, c'est un discours de tous les jours, mais pas en tant que professionnel » <sup>24</sup>.

« Et si vous allez leur demander, eux ils ont clivé, ils ont séparé les mondes et ça va être la plus grosse des difficultés. Vous pouvez faire un travail absolument parfait sur des discours aseptisés » <sup>25</sup>.

## 5.2 LE MONDE DES TRADIPRATICIENS DE BOBO DIOULASSO

Le monde des tradipraticiens est présenté ici, tel qu'il nous a été relaté au cours des différentes entrevues; il s'agit d'une réalité que nous avons perçue. Nous subdivisons, à des fins de clarté, les informations recueillies en sous-sections et nous aborderons, dans un premier temps, le mode de fonctionnement des tradipraticiens, puis leur inscription dans le monde, pour enfin exposer leur évolution.

### 5.2.1 Mode de fonctionnement des tradipraticiens

#### 5.2.1.1 La formation et la transmission du savoir

Les répondants nous ont expliqué que la formation d'un tradipraticien pouvait se faire de plusieurs façons. Tout d'abord, le tradipraticien pouvait avoir été choisi dans son enfance par un autre tradipraticien qui le prend en compagnonnage et lui transmet son savoir (photo 1a et 1b). C'est le cas du tradipraticien que nous avons rencontré (Photo 2, Appendice E). Ce dernier raconte, par le biais de l'interprète (dont les propos sont retranscrits en gras) qu' :

« Il est allé dans un autre village pour apprendre, là bas il a appris la « confrérie des chasseurs », c'est secret, y a beaucoup de secrets dans cette confrérie, c'est dans le village de tchintachtchi (?) **-c'est très loin vers Banfora-**. Il dit qu'il a appris lors d'une formation de 13 ans. C'est son grand frère qui l'a amené là-bas, il était tout petit, il dit que grâce aux ancêtres, il tient encore la route dans la pratique, - **bon tout tourne autour de ça quand même, les ancêtres-** » <sup>26</sup>.

<sup>24</sup> Répondant 3 : Professeur Linguistique, 40-60 ans, masculin, malien; entretien exploratoire, Paris France.

<sup>25</sup> Répondant 3 : Professeur Linguistique, 40-60 ans, masculin, malien; entretien exploratoire, Paris France.

<sup>26</sup> Répondant 14 : Tradipraticien, 60-80 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, village.

À son tour, le tradipraticien formé, choisit un enfant pour lui transmettre son savoir. Le tradipraticien était, lors de notre enquête, à la recherche d'un jeune à former et qu'il estimerait capable de garder le secret :

« Aujourd'hui, il prépare quelqu'un qui n'est pas ici, son problème, c'est de dire que les jeunes actuels ne veulent plus écouter les personnes âgées. **Ces gens-là, ils essaient de voir qui peut réellement garder le secret**, même ses propres enfants, il ne livre pas le secret, donc la succession ce serait ailleurs. C'est un choix porté sur quelqu'un qu'il a repéré dans la confrérie »<sup>27</sup>.

D'autres formes existent puisque certains sont tradipraticiens de père en fils et c'est au contact des savoir-faire de son père que l'enfant apprend à vivre dans ce monde. D'autres encore, semblent hériter d'un don

« Les tradipraticiens, c'est souvent les gens qui ont hérité, qui ont appris par leurs parents et leurs parents ont travaillé loin d'ici. Il y en a aussi qui ont appris avec un maître et y a d'autres aussi, qui des suites d'une maladie qu'ils ont souffert, ils ont arrivés à traiter de gauche à droite et les différentes recettes qu'ils ont pris pour se traiter... »<sup>28</sup>.

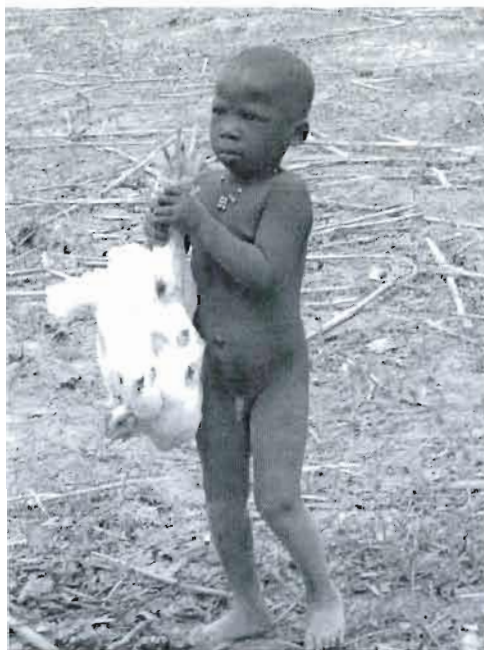
Nous présentons, ici, quelques photos, résultats de l'observation d'une séance de désenvoûtement de la terre :

---

<sup>27</sup> Répondant 14 : Tradipraticien, 60-80 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, village.

<sup>28</sup> Répondant 15: Tradipraticien (association), 20-40 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.





1 a



1 b

**Photos 1:** Le jeune garçon participe (en apportant le poulet sacrifié) et assiste à la cérémonie. Il acquière ainsi, le savoir tacite des siens. Mai 2006.



Ces différentes formations ont une influence sur le mode de fonctionnement de chacun des tradipraticiens. Ainsi, ce chercheur stipule que

« Ces différentes formations nous disent comment ils travaillent aussi un peu. Celui qui a un don naturel, il sait voir les choses, celui qui a appris par un maître, il va faire tel que son maître lui a appris. Or, il y a plusieurs écoles : celles qu'on appelle les fétichistes et qui sont de culture traditionnelle, il y a les musulmans, qui sont les marabouts, qui se servent des écritures arabes pour faire des choses, il y a des gens qui se servent de la transe » <sup>29</sup>.

Sur notre terrain, nous avons noté que les tradipraticiens étaient organisés selon leurs spécialités et qu'ils n'avaient pas de contact, sauf dans le cas de l'association des tradipraticiens, avec leurs pairs. Leurs connaissances des plantes et des remèdes sont propres aux tradipraticiens qui les gardent par-devers eux.

« Ses potions et ses recettes ne sont pas écrites, elles sont dans sa tête c'est la tradition orale, — **s'il s'en va un jour c'est fini** — » <sup>30</sup>.

#### 5.2.1.2 Une fonction de guérisseurs d'âmes

Les tradipraticiens sont souvent évoqués comme des guérisseurs d'âme, à la différence des médecins qui sont, comme nous le verrons des guérisseurs du corps, de l'organisme.

« Ils (les tradipraticiens) font une consultation psychologique, ce que les médecins ne font pas; ils n'ont pas le temps. Alors que le tradithérapeute quand vous allez le voir, souvent il recherche la cause de votre maladie et des fois il amène le patient à être en accord avec cette fracture qui fait que dans sa famille...— silence — ça, c'est très important parce que nous sommes restés traditionnellement attachés à nos valeurs traditionnelles malgré l'évolution » <sup>31</sup>.

---

<sup>29</sup> Répondant 3 : Professeur Linguistique, 40-60 ans, masculin, malien; entretien exploratoire, Paris France.

<sup>30</sup> Répondant 14 : Tradipraticien, 60-80 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, village.

<sup>31</sup> Répondant 17: Association de et pour les malades, 20-40 ans, féminin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

## 5.2.2 Inscription du savoir traditionnel dans le monde bobolais

### 5.2.2.1 Une pratique en adéquation avec les patients

Le succès rencontré par les tradipraticiens s'explique de plusieurs façons par les répondants. La première réside dans le fait que les tradipraticiens ont un accès direct à la population et a fortiori dans les régions les plus reculées. Par exemple, nous avons pu observer que la maison du tradipraticien au cœur du village, ressemble aux autres maisons :

« Vous voyez ce beau bâtiment ici (en parlant de l'hôpital de jour) quelle que soit la personne, on est un peu déphasé. Alors que rentrer chez un tradithérapeute, c'est très simple. Ici, c'est carrelé, c'est bien blanc, c'est climatisé, quand les gens viennent comme ça, ils sont un peu perdus. Donc vous voyez, y a la proximité avec les tradithérapeutes »<sup>32</sup>.



a) Hôpital universitaire de Souro Sanou



b) Petit village aux abords de la capitale.

**Photos 2 :** La structure hospitalière en décalage avec la réalité des populations. Mai 2006.

---

<sup>32</sup> Répondant 5 : Infirmier, 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

Pour d'autres répondants, le choix d'aller vers les tradipraticiens est un choix par défaut, dans la mesure où le monde de l'hôpital ne leur est pas accessible, non seulement géographiquement, mais aussi financièrement :

« Ces savoirs traditionnels, détenus par des tradipraticiens qui vivent au milieu des communautés, constituent la première porte d'entrée pour les problèmes de la communauté en général. Pour accéder aux savoirs biomédicaux, il y a une étape supplémentaire qui engage des moyens que n'ont peut-être pas les populations, dans le cadre général de leur paupérisation qui est réellement un problème »<sup>33</sup>.

Le succès des tradipraticiens est, en fait le plus souvent expliqué par une facilité de paiement et une flexibilité que ne connaît pas le système hospitalier :

« Un tradipraticien est payant, mais avec des formes de transactions accessibles à la communauté. Si je suis payé avec un poulet, ou une chèvre ou une vache, ce sont des biens qui sont accessibles à la vie communautaire, chacun a un petit poulailler, chacun a un petit quelque chose et manifestement, c'est communautairement accessible »<sup>34</sup>.

« Alors que la médecine traditionnelle, c'est beaucoup moins cher même parfois 0 francs (...) Y a beaucoup de malades en ville qui préfèrent, par manque de sous, qui vont voir le guérisseur traditionnel »<sup>35</sup>.

Cependant, un des répondants nous fera remarquer qu'en France où le système de santé hospitalier est accessible gratuitement, la population immigrée continue de recourir aux tradithérapeutes. Selon lui, il existe à l'évidence une autre explication :

« L'exemple que je prends toujours, c'est la France : la sécurité sociale, elle est gratuite. Ici (à Paris) aller se faire soigner, c'est quasi gratuit, le guérisseur, coûte extrêmement cher, nous y allons, pourquoi ? La femme qui va venir demain, elle m'a dit qu'elle avait donné 3 fois 1000 euros pour sa fille et sa fille à l'hôpital, elle paye rien, elle râle tous les jours après les médecins »<sup>36</sup>.

---

<sup>33</sup> Répondant 12 : Médecin (recherche), 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>34</sup> Répondant 12 : Médecin (recherche), 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>35</sup> Répondant 7 : Infirmier, 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>36</sup> Répondant 3 : Professeur Linguistique, 40-60 ans, masculin, malien; entretien exploratoire, Paris France.

L'autre explication avancée, est que les tradipraticiens sont reconnus comme proches et adaptés aux besoins culturels de la population, en répondant à leurs demandes et en parlant un langage qu'ils comprennent. En effet, les tradipraticiens rencontrés parlent rarement français et conversent avec les patients dans les langues locales comme le dioula, le moré, le fulfuldé ou le peule. La notion de compréhension entre tradipraticien et patient n'est pas ici, seulement entendue en termes de « proximité linguistique », mais aussi en termes de « concepts abordés ». Un médecin rapporte à ce propos que :

«... C'est une certitude que culturellement le message du tradipraticien est proche des patients du village. Ils parlent un langage que eux comprennent, parce que nous, nous parlons un langage que nous nous comprenons, mais peut être, il y a déjà la barrière de la langue, il y a des choses difficiles à traduire en langue traditionnelle alors que le tradipraticien parle la langue de la personne et puise dans le vécu de la personne pour lui expliquer... L'autre jour, vous avez traversé cette rivière de telle manière; c'est à cause de ça... ainsi de suite. Globalement j'ai une présomption forte qu'au village, les patients du village la communauté du village comprend beaucoup mieux les messages du tradipraticien » <sup>37</sup>.

#### 5.2.2.2 Une réputation

Les tradipraticiens jouissent d'une réputation et leur renommée se fait par le bouche à oreille :

« Le téléphone arabe marche beaucoup pour ces charlatans dont les renommées traversent très vite les frontières, et les gens se ruent sur le Togo, ils se ruent sur tel village parce que y a tel charlatan qui guérit le SIDA. ça marche beaucoup mieux que la TV ou la radio » <sup>38</sup>.

Il est à noter que dès que nous abordons le sujet des tradipraticiens, tous les répondants, systématiquement, et sans exception, finissent, à leur manière, par aborder la question des charlatans. Nous transcrivons quelques-unes de ces allusions :

---

<sup>37</sup> Répondant 12 : Médecin (recherche), 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>38</sup> Répondant 12 : Médecin, 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

« Y a beaucoup de tradipraticiens en ville, mais c'est aussi des gens dont il faut ce méfier parce que y en a qui sont plus commerçants que traitants »<sup>39</sup>.

« Il y a beaucoup de maladies de rémissions spontanées sur lesquelles surfent les tradipraticiens et surtout les charlatans du SIDA (...). Quand ils arrivent à trouver quelque chose qui marche sur une infection opportuniste et vous revenez à une situation de fonctionnalité normale, pour eux ils ont guéri le SIDA. Et donc ils facturent à prix d'or ce traitement et beaucoup de gens se sont ruinés pour ce traitement traditionnel des infections opportunistes et sont morts, bien sur, parce que ces médicaments n'ont aucune emprise sur la multiplication du virus. Je connais de réputation des tradipraticiens qui sont rapidement passés du vélo à la Mercedes par la vente de ces traitements traditionnels »<sup>40</sup>.

« 90 % de ceux qui se nomment tradipraticiens, c'est des véritables escrocs, ils ont un poids psychologique que personne ne nie parce que dans la médecine aussi y a ce pouvoir psychologique »<sup>41</sup>.

Les tradipraticiens ont aussi une réputation de personnes secrètes qui ne livrent pas leurs connaissances à n'importe qui. Ainsi, la composition des potions à avaler est un mystère pour tous :

« ...Y a des tradithérapeutes qui ont de très bons remèdes contre certaines infections opportunistes et qui ne sont pas toxiques. Mais lorsque vous leur demandez de vous montrer comment agit le produit, ils sont incapables de vous dire. Ils disent aussi que c'est un domaine privé qu'ils ne peuvent pas partager »<sup>42</sup>.

Ce mutisme est expliqué par certains répondants comme une manière de se défendre contre les voleurs de molécules actives. Ainsi, les médecins racontent que, dans les années 80, un certain nombre de chercheurs auraient volé des secrets traditionnels, en dégageant les molécules actives et en les vendant à l'industrie pharmaceutique, sans en faire bénéficier les garants de la connaissance devenus maintenant les garants du secret :

---

<sup>39</sup> Répondant 7 : Infirmier, 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>40</sup> Répondant 12 : Médecin, 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>41</sup> Répondant 4 : Médecin, 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>42</sup> Répondant 5 : Infirmier, 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

« Les tradipraticiens sont très méfiants parce qu'ils disent qu'ils vont montrer leurs connaissances, que les blancs ils vont prendre, ils vont les exploiter et ils ne vont pas toucher un centime » <sup>43</sup>.

Bien sur, certains tradipraticiens s'en défendent et disent que s'ils ont donné les plantes, ils n'ont pas donné les rites allant avec et ne s'inquiètent donc pas du « pillage » dont d'autres s'alarment.

### 5.2.3 Évolution des modes de fonctionnement des tradipraticiens

Les répondants décrivent une évolution chez les tradipraticiens, qui se caractérise, d'abord et avant tout, par le mode de paiement de leurs consultations. Ainsi, un patient raconte :

« Dans l'ancienne disposition, c'était 5 coris pour prendre un médicament, c'est pas beaucoup, c'est accessible et souvent tu ne payais pas si tu n'es pas guéri, ça, c'était la démarche ancienne. Tu paies après être guéri, tu viens, tu es content, tu le remercies. Il te facturera pas. Mais aujourd'hui, c'est tout à fait le contraire, le tradithérapeute te facture » <sup>44</sup>.

Mais les tradipraticiens s'en expliquent :

« Nous on prend l'argent avant parce que y a eu trop de faux patients, par exemple, vous allez voir le tradipraticien, il va en brousse il s'en va chercher ses racines, ses (inaudible) sacrés avec sa force physique qu'il a. En une semaine vous êtes guéris, au lieu d'aller tout simplement dire au tradipraticien. Y a un proverbe qui dit « l'habit que vous portez, au lieu de dire au vendeur merci, il faut aller dire au tailleur merci » donc au lieu de dire en ville que c'est grâce à mon ami qui m'a amené chez le tradipraticien, il faut pas aller remercier l'ami mais il faut aller faire les cent pas et aller remercier le grand frère qui grâce avec l'aide du bon dieu et la puissance des plantes ...et ça les gens ne font plus. Et voilà pourquoi nous aussi quand on prend le médicament on paie tout de suite parce que les gens ne reviennent pas » <sup>45</sup>.

« Le produit SIDA c'est 2500 (FCFA<sup>46</sup>) mais il faut 3. Normalement au niveau des paiements, c'était un poulet qu'on devait, au départ, c'était ça pour

---

<sup>43</sup> Répondant 11 : Médecin, 40-60 ans, féminin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>44</sup> Répondant 17: Association de et pour les malades, 20-40 ans, féminin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>45</sup> Répondant 15: Tradipraticien (association), 20-40 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>46</sup> environ 5,5\$ CAN

la consultation et y avait pas de paiement en tant que tel, mais avec l'évolution maintenant, avec le coût de la vie, il faut bien vivre de quelque chose »<sup>47</sup>.

Suite à nos rencontres avec quelques tradipraticiens, il nous est apparu que cette évolution était l'œuvre d'une nouvelle génération de tradipraticiens, âgés en moyenne d'une trentaine d'années :

« Vous croyez que nous sommes jeunes, mais c'est pas l'âge qui fait le travail mais l'oreille est plus vieux que l'âge »<sup>48</sup>.

Ces derniers se démarquent fortement des savoirs faire de leurs prédécesseurs, sur deux plans : leur mode de fonctionnement et leur compréhension de la maladie.

#### 5.2.3.1 Des changements quant à leur organisation

Les « nouveaux » tradipraticiens rencontrés sont organisés en association. Ce regroupement a plusieurs objectifs : ils tendent à faire valoir la médecine traditionnelle en renforçant sa réputation et en partageant les savoir-faire de chacun. Ce regroupement tend aussi à favoriser le travail avec les médecins, notamment par le biais de formations, portant entre autres sur ce qu'est la maladie du VIH-SIDA. Un tradipraticien présente ainsi son association :

« L'intérêt d'être regroupé en association est que, quand on est regroupé, on a plus de force. Actuellement nous sommes 5 ici, si nous sommes tous des tradipraticiens, vous, vous avez une connaissance que moi je n'ai pas, lui, il a une connaissance que nous, nous n'avons pas, donc, en faisant des échanges, nous arrivons à multiplier la connaissance. En plus, quand quelqu'un vient, il est malade, il est souffrant, moi je vois, je suis pas fort dans ce domaine donc je lui dis d'aller voir, alors que si je suis tout seul quelqu'un vient me voir, est-ce que vous pensez que je vais le laisser partir ? Je vais lui donner quelque chose en sachant très bien que je suis pas sûr, mais je fais une tentative. Mais si nous sommes en association pour que le nom des tradipraticiens aille de l'avant et que nous donnions une bonne image des tradipraticiens, donc je vais le balancer de l'autre côté, et donc quand il va partir, à son tour maintenant, il va

---

<sup>47</sup> Répondant 14 : Tradipraticien, 60-80 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, village.

<sup>48</sup> Répondant 15: Tradipraticien (association), 20-40 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.



venir me remercier, vous avez été gentil avec moi, vous n'avez pas...et vous m'avez envoyé chez, et chacun ici a sa spécialité » <sup>49</sup>.



**Photo 3 :** Un des membres de l'association des tradipraticiens. Mai 2006.

Pour un autre, l'organisation en association est décrite comme un vrai partenariat entre médecine moderne et médecine traditionnelle :

« Nous sommes regroupés en vue de promouvoir la médecine et pour pouvoir collaborer avec la médecine moderne pour subvenir aux besoins de santé de la population. C'est important de travailler avec les médecins parce qu'on se complète, parce que y a des maladies que nous on n'arrive pas à soigner et que eux ils soignent, donc si nous avons ces patients — là, on les passe à la médecine moderne. Et vice versa » <sup>50</sup>.

---

<sup>49</sup> Répondant 15: Tradipraticien (association), 20-40 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>50</sup> Répondant 15: Tradipraticien (association), 20-40 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.



Ce regroupement associatif exige ou assure, selon les répondants, un contrôle des membres afin de les crédibiliser et d'échapper à la lourde réputation de charlatans que traînent les tradipraticiens. Son président raconte :

« Quand vous venez nous voir et que vous voulez adhérer dans notre association, y a pas de problème, mais vous allez faire, trois mois, six mois, pour que nous, on mène une petite enquête sur votre dos avant de vous donner d'abord la carte. Comme ça, nous sommes sûrs et certains de ce que vous faites comme travail, c'est pas les charlatans ici. Lors des enquêtes, on va vous poser la question à savoir qu'est ce que vous faites, vous allez dire que vous êtes un tradipraticien, on va vous demander un échantillon de ce que vous faites, nous allons inscrire le nom, y a des gens à domicile qui vont venir sans que vous ne sachiez que c'est pour un contrôle, on envoie un faux patient, un tradipraticien lui-même »<sup>51</sup>.

Outre l'organisation en association, on observe, chez ces tradithérapeutes contemporains, des nouvelles manières de procéder dans le mode de fabrication des médicaments :

« Ce qui a changé aujourd'hui par rapport à ce que nos parents faisaient, ben si vous-même vous voyez tout de suite, faites une remarque sur l'étagère que vous voyez en face (Cf. photo 4), vous voyez que les produits sont bien emballés dans des sachets, y a des étiquettes, y en a qui sont dans des flacons, bien emballés avec des étiquettes; avant, nos parents avaient ces mêmes médicaments-là, c'était bien efficace et tel que nous les avons ici aussi ils sont efficaces, mais l'emballage seulement fait la différence. Nos parents emballaient dans des vieux tissus mais si vous vous voyez aujourd'hui ces produits dans des tissus, vous allez dire peut être que c'est du poison, ou bien comme c'est mal présenté, vous allez dire que c'est sale et vous n'allez pas avoir confiance, mais nous aujourd'hui nous avons amélioré cela. Nous avons trouvé qu'en les emballant dans les sachets, ils gardent toujours les mêmes propriétés capables de soigner et tel que c'est propre aussi ça a du être plus efficace, vous savez avec les tissus, y a la poussière qui peut s'ajouter, ça peut vous soigner et vous retransmettre une autre maladie »<sup>52</sup>.

---

<sup>51</sup> Répondant 15: Tradipraticien (association), 20-40 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>52</sup> Répondant 15: Tradipraticien (association), 20-40 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.



**Photo 4 :** Les étagères de remèdes chez les néotradipraticiens. Mai 2006.

De même, il nous a été rapporté que la constitution d'un registre pour compiler les savoirs était en cours de réflexion :

« On est train d'envisager un registre, nos parents n'ont pas eu cette idée d'écrire avant de partir. Actuellement, nous avons tous des cahiers, on écrit nos recettes, même s'il arrivait que je meure tout de suite à la seconde, au moins tous les savoirs je ne partirais pas avec ça et toute la population en profitera »  
53

Le mode même de transmission des savoirs semble aussi se modifier puisque l'un d'eux rapporte :

« Pour les jeunes, on forme celui qui est intéressé. Celui qui est intéressé tu l'encadres, c'est comme ça nous on fait, et comme ça si on part et que celui qui

---

<sup>53</sup> Répondant 15: Tradipraticien (association), 20-40 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

est intéressé, veut bien, il va prendre le registre. En plus des conseils que nous lui avons donnés, il va prendre le registre pour compléter»<sup>54</sup>.

### 5.2.3.2 Des changements quant à la compréhension de la maladie

L'ensemble des changements qui viennent d'être présentés, va de pair avec la reconsidération, du moins en partie, de l'explication traditionnelle de la maladie et de la manière de procéder. Les tradithérapeutes interrogés s'accordent désormais pour dire qu'il y a :

« Les maladies qui sont naturelles et celles qui sont pas naturelles. Nous, on sait faire la différence à travers le diagnostic. Si vous n'êtes pas dans le milieu, c'est difficile de comprendre. Ceux qui ont appris la médecine à l'université, ils ont des difficultés pour comprendre. (...) La maladie du SIDA, c'est naturel. Si on a un cas de SIDA, on les envoie chez les médecins mais aussi, au niveau de la médecine traditionnelle, on essaie de faire quelque chose, le côté mystique »<sup>55</sup>.

## 5.3 LE MONDE BIOMÉDICAL DE BOBO DIOULASSO

### 5.3.1 Mode de fonctionnement

#### 5.3.1.1 Formation et transfert de savoir

La formation des médecins de Bobo Dioulasso se fait, comme ailleurs, à la faculté de médecine qui combine cours magistraux et stages pratiques. Elle est largement décrite par les répondants, comme une connaissance scientifique et positiviste, venue de l'Occident. Un médecin burkinabè, parlant de sa formation, rapporte :

« (Nous sommes des) « personnes formées par le même moule biomédical en Europe, aux États-Unis et autres. Globalement on se met à réfléchir de la même manière que les Européens et les Américains »<sup>56</sup>.

---

<sup>54</sup> Répondant 15: Tradipraticien (association), 20-40 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>55</sup> Répondant 15: Tradipraticien (association), 20-40 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>56</sup> Répondant 12 : Médecin (recherche), 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

« Il y a des médecins africains qui ont été formés à la médecine occidentale et une fois que t'es formé à la médecine occidentale, il y a une forme d'impérialisme de la pensée, c'est-à-dire que quand tu as ça en toi c'est vachement difficile de concilier les deux choses, parce que la médecine, tout ce qu'on pourra t'apprendre de la médecine, c'est qu'en fait, il y a une réalité unique et c'est la maladie (...) Toute notre formation réfute depuis des années et des années, les systèmes d'interprétations parallèles. On n'est pas là pour... on est là pour diagnostiquer une maladie, la dépister, mettre en place un traitement et si possible, guérir le patient avec les objets de la médecine et pas les objets d'autres médecines »<sup>57</sup>.

Au contact des médecins, nous nous apercevons que la formation est donc plus qu'une simple transmission d'informations, c'est aussi la fabrication d'un être, de sa façon de voir le monde, de son rapport à la maladie, à la mort, etc. Ainsi un médecin précise que lors de la formation :

« Tout te prépare à te blinder sur une théorie qui est celle de la théorie médicale et les médecins africains, ils sont formés à la médecine occidentale et une fois qu'ils sont formés à la médecine occidentale, ils deviennent plus blancs que les médecins. C'est très difficile pour eux de faire marche arrière et pour eux de se dire : « Après tout, là où ma culture, mon identité aussi est une manière de voir le monde. » Pour eux c'est très difficile. C'est une sorte d'acculturation qui a lieu chez une personne, les formations, ce sont des acculturations »<sup>58</sup>.

Cette acculturation est largement perceptible dans les discours des médecins burkinabè :

« La science est unique, elle est universelle, c'est les moyens pour la comprendre ou pour la faire qui diffèrent selon les coins du monde »<sup>59</sup>.

« En médecine traditionnelle, il faut savoir ce que c'est, sinon tu fais à l'aveuglette, alors que chez nous avec les analyses, on sait ce que c'est et puis on traite en conséquence »<sup>60</sup>.

« Il faut dire que le savoir biomédical éloigne le savoir traditionnel, en ce sens que le savoir biomédical est complet et que le savoir traditionnel est abstrait. Lorsque vous parlez de CD4, de charge virale, le tradithérapeute ne peut parler de ça dans sa prise en charge. On ne sait pas sur quels éléments il

---

<sup>57</sup> Répondant 1 : Médecin, 40-60 ans, masculin, français; entretien exploratoire, Paris France.

<sup>58</sup> Répondant 1 : Médecin, 40-60 ans, masculin, français; entretien exploratoire, Paris France.

<sup>59</sup> Répondant 4 : Médecin (clinique), 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>60</sup> Répondant 7 : Infirmier, 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

se base pour dire qu'il peut faire ceci ou cela. Donc si on veut être conséquent avec soi-même, il se pose un petit problème quelque part » <sup>61</sup>.

L'état Burkinabè tente d'inclure dans les formations, quelques caractéristiques contextuelles :

« En fait, c'est une volonté affichée d'adapter la formation des médecins ici, au contexte. Mais je ne suis pas sûr qu'on réussisse jusqu'à présent à le faire si je prends mon propre cas. Il y a effectivement ce qu'on appelle une immersion lors de la formation des médecins en milieu rural, pour s'exposer à la médecine proche des communautés. (...) On est en contact avec réellement la première ligne de la communauté et on voit au village avec les communautés et on est exposé... Donc, ce stage, c'est la seule occasion pour cette formation médicale qui dure 8 ans : 2 mois d'immersion en communauté! En dehors de ça, c'est les mêmes cours que l'on connaît en occident » <sup>62</sup>.

Mais, ceci ne semble pas suffisant et ne saurait être à la hauteur des besoins :

« Il faut un peu plus ou réellement créer un module où l'on voit cette interface tradipraticien et médecine moderne, y a pas de module où il y a cette interface. Nous, en santé publique, on aurait beaucoup à faire, l'école de pharmacie aussi peut essayer de créer cette dynamique d'interaction parce que souvent les tradipraticiens, c'est pharmacie, décoction... ça peut être une piste de réflexion » <sup>63</sup>.

« La médecine construit un peu une vision du monde et de faire en sorte que les étudiants en médecine soient conscients de cela, c'est une construction. C'est jamais une vérité, c'est une construction à chaque fois (...) et si tu veux c'est le B-A, BA! Si tu veux former des médecins, leur montrer la relativité de leur travail quoi, simplement, qu'ils puissent être dans une position d'humilité par rapport au monde qui les entoure » <sup>64</sup>.

...aussi, certaines connaissances, notamment le contact avec les populations et les méthodes des tradipraticiens sont souvent apprises sur le tas :

« Au niveau de notre formation, nous ne sommes pas sensibilisés aux tradithérapeutes, on n'en parle même pas. Tout s'apprend sur le tas. Mais on en parle entre collègues, on en discute. Pour les nouvelles problématiques avec

---

<sup>61</sup> Répondant 5 : Infirmier, 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>62</sup> Répondant 12 : Médecin (recherche), 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>63</sup> Répondant 12 : Médecin (recherche), 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>64</sup> Répondant 1 : Médecin, 40-60 ans, masculin, français; entretien exploratoire, Paris France.

des patients, on peut en discuter entre nous, le soir ou si on a vraiment un problème avec un patient, on en discute au staff » <sup>65</sup>.

« C'est vraiment sur le terrain qu'on apprend à faire un peu sa visite » <sup>66</sup>.

En effet, il n'en demeure pas moins qu'une majorité de la population continue d'aller voir les tradipraticiens, une situation dont les médecins sont tout à fait conscients :

« Pratiquement tout le monde suit des traitements avec les tradipraticiens, des fois, c'est inavoué, mais au cours des examens biologiques, on s'en rend compte » <sup>67</sup>.

« Il y a toujours un travail à faire, parce que y a certains qui continuent à croire que... à ne pas croire à l'existence du VIH... pour moi, ça va avec le niveau d'instruction et peut-être que les médecins ne sont pas aussi convaincants que les tradipraticiens. Nous, on apporte des explications qui sont rationnelles et ce sont des gens qui vivent carrément dans l'irrationnel » <sup>68</sup>.

En contact avec le savoir traditionnel par le biais des patients, les médecins interrogés, disent tenter, le plus possible, de rallier le patient à une explication, plus rationnelle et biomédicale de la maladie. Un travail de longue haleine qui ne porte pas toujours ses fruits :

« Actuellement, dans notre société, tout le monde connaît l'infection au VIH. Mais il y a des gens qui refusent de regarder en face d'eux. Ils refusent de regarder en face d'eux. Même s'ils sentent que c'est une infection au VIH, ils disent : « c'est un tel qui m'a jeté un sort ». On refuse la réalité, parce que eux, ils sont trop loin de la maladie. Mais lorsque vous leur expliquez l'infection par le VIH, je pense que la personne finit par comprendre que c'est pas un sort qu'on lui a jeté » <sup>69</sup>.

« Si un patient a recours aux tradipraticiens, la première chose que nous faisons, c'est lui expliquer gentiment qu'il faudrait arrêter et lui montrer les inconvénients que cela pourrait entraîner, comme une irritabilité du système digestif, des diarrhées, des gastrites, des ulcères tout comme une altération de

---

<sup>65</sup> Répondant 6 : Médecin (clinique), 20-40 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>66</sup> Répondant 13 : Médecin (recherche), 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>67</sup> Répondant 6 : Médecin (clinique), 20-40 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>68</sup> Répondant 6 : Médecin (clinique), 20-40 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>69</sup> Répondant 5 : Infirmier, 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

la fonction rénale. Ces substances contiennent des substances néphrotoxiques ou peut-être pas néphrotoxiques s'il l'avait pris à faible dose,... un problème aussi au niveau du cœur ou du foie »<sup>70</sup>.

Un médecin présente, le cas de cette patiente qu'il suit depuis longtemps :

« ... y a une de mes patientes qui est venue me voir, me raconter qu'elle a rencontré un tradipraticien dans un village, dans la région de Ouagadougou. Elle a pris ses décoctions et est venue me demander un test de sérologie VIH pour voir si elle est toujours séropositive : (et ajoute sur un ton cynique) on attend les résultats ! Ça c'est une patiente qui est suivie depuis un an, elle est sous traitement ARV mais elle continue à chercher, elle veut une solution définitive à son problème »<sup>71</sup>.

Un grand nombre de médecins déclare décourager leurs patients d'aller voir les tradipraticiens :

« On essaie de les décourager d'utiliser ce genre de médicaments puisque nous ne connaissons pas la nature de ces médicaments, nous ne connaissons pas leurs propriétés, on sait pas les interactions que cela peut produire (...) Les tradipraticiens disent la même chose de nos traitements »<sup>72</sup>.

« On demande à ce que les patients sous thérapies évitent de prendre des traitements traditionnels à côté, qui pourraient influencer la sceptique, la biodisponibilité dans l'organisme d'un médicament et donc d'éviter ces traitements-là. Ça arrive qu'un médicament diminue l'absorption, pardon qu'une tisane ou un produit traditionnel diminue l'absorption d'un des médicaments que le patient avale, des médicaments sur lesquels nous faisons des recherches; ou facilite ou empêche, l'absorption de ce médicament. Pour éviter ça, on fait un interrogatoire »<sup>73</sup>.

#### 5.3.1.2 Fonction de guérisseur du corps

Nous avons vu chez les tradipraticiens que ces derniers avaient une fonction de guérisseur d'âme. Les médecins, eux, ont une fonction de guérisseur de corps : le fait d'aller voir un

---

<sup>70</sup> Répondant 11 : Médecin (recherche), 40-60 ans, féminin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>71</sup> Répondant 5 : Infirmier, 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>72</sup> Répondant 6 : Médecin (clinique), 20-40 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>73</sup> Répondant 11 : Médecin (recherche), 40-60 ans, féminin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.



tradipraticien relève de la sphère privée du patient et ne concerne, à ce titre, pas le médecin. Les propos de ce médecin illustrent bien cette distinction :

« Quand il vous dit que c'est le wack<sup>74</sup>... Vous ne pouvez plus... c'est difficile... c'est sa vie privée... c'est sa croyance... c'est subjectif. Comme vous n'êtes pas de sa famille, vous n'avez pas du tout d'informations sur ce qu'il a vécu avant, vous ne pouvez que l'écouter quand il parle de ça »<sup>75</sup>.

### 5.3.2 Inscription du savoir biomédical dans le monde bobolais

#### 5.3.2.1 Une pratique en inadéquation avec les besoins de la population

Les déclarations des médecins soulignent l'incapacité du système hospitalier à répondre aux besoins des patients. Les raisons sont diverses et les extraits présentés illustrent les différents points de vue exprimés. En général, c'est la structure hospitalière même, la configuration des bâtiments, qui est mise en cause :

« Quand ils viennent en ville (les patients), déjà, ils sont apeurés. Ils se retrouvent paumés en ville, ils connaissent même pas... ils rentrent dans un grand hôpital où le professeur, il est bien blanc avec beaucoup de Bics... Vous croyez qu'il n'est pas terrorisé à l'idée d'écouter les messages de ce professeur ? »<sup>76</sup>.

Certains soulèvent plutôt l'importance des frais encourus par le patient :

« Vous savez ici, les gens ont peur de l'hôpital, dès que l'on dit hospitalisation, les gens sont effrayés, on voit l'hospitalisation les frais d'hôpital, on voit les ordonnances, on voit tout, tout, tout. Donc les gens ont souvent peur de l'hôpital. Souvent je suis même en train d'obliger les patients à aller à l'hôpital »<sup>77</sup>.

Mais la raison ultime, rapportée par l'ensemble des répondants, réside dans les difficultés de communication entre médecins et patients. Ces difficultés sont de plusieurs ordres : elles peuvent être linguistiques et conceptuelles

---

<sup>74</sup> wack : sort

<sup>75</sup> Répondant 11 : Médecin (recherche), 40-60 ans, féminin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.



« C'est pas facile de traduire les concepts biomédicaux en dioula. On est obligé en général de simplifier, au risque même de dénaturer l'idée que l'on veut exprimer. Il y a des fois, on ne se fait pas comprendre. Comme il y a des conseillères qui maîtrisent mieux le langage des mots, on fait appel à eux. Et si le patient ne nous comprend pas ? il faut qu'il nous comprenne, je crois qu'avec la majeure partie des patients, on arrive à se faire comprendre »<sup>78</sup>.

Elles peuvent être aussi relationnelles : selon les médecins, le patient serait pris de mutisme lorsque viendrait le temps d'aborder la question des tradipraticiens. Pour certains, c'est parce qu'il s'effectue chez le patient une dissociation entre le monde moderne et le monde traditionnel :

« Dès que le malade entre dans un cabinet médical, le sort, il n'en parle pas. S'il pense à un sort, il va ailleurs, et ce ailleurs, c'est un charlatan, c'est un marabout...Mais une fois qu'il est chez nous ici, le sort, on parle plus de ça. Il est venu pour se confier à vous, c'est pour voir le côté moderne. S'il parle de sort, il sait qu'il ne vient même plus ici. Il y a des gens qui sont spécialisés dans le domaine du sort, nous c'est la médecine moderne que l'on fait ici »<sup>79</sup>.

Pour d'autres, ce sont les médecins qui ont installé, de par leur attitude, une loi du silence entre médecins et patients. Ainsi un médecin rapporte, que parler des tradipraticiens est souvent perçu par les patients comme une source d'angoisse :

« Du fait de l'attitude du personnel, les patients ne sont pas toujours enclins à dire qu'ils sont passés par un tradipraticien parce que, souvent, c'est mal vécu et il y a une réaction négative du personnel qui fait que bon, s'il y a des traces, les gens effacent toute trace du passage pour ne pas que l'on vous engueule de l'autre côté, mais malheureusement il y a des traces qui ne s'effacent pas »<sup>80</sup>.

Un autre raconte que :

---

<sup>76</sup> Répondant 12 : Médecin (recherche), 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>77</sup> Répondant 7 : Infirmier, 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>78</sup> Répondant 6 : Médecin (clinique), 20-40 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>79</sup> Répondant 7 : Infirmier, 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>80</sup> Répondant 13 : Médecin (recherche), 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

« Dans mes mémoires d'étudiant, les personnes se faisaient quasiment insulter quand elles revenaient de chez le rebouteur<sup>81</sup> parce qu'après il fallait recasser et reposer des plaques, en partant d'emblée que tout ce que je fais est mieux que ce que le rebouteur fait alors que les traditionalistes se contentent bien de leurs rebouteurs »<sup>82</sup>.

Un infirmier précise pourtant l'importance de pouvoir communiquer :

« Le facteur de pouvoir communiquer avec son prochain ça a un impact, c'est d'une importance très capitale parce que dans la transmission de connaissances, la langue c'est une barrière, on ne peut rien faire. (...) L'importance de la langue parce que ça va créer un lien de confiance »<sup>83</sup>.

### 5.3.2.2 Une réputation

En médecine, comme dans cette culture en général, la notion de statut, de hiérarchie et de rang est très importante et influence la perception des médecins.

« Par rapport à la hiérarchie, si tu exposes ton avis qui va être contraire à ce que pense le chef, c'est la guerre. Tu peux pas débattre, tu peux pas donner ton avis. La hiérarchie c'est important, le chef, c'est le chef et tu peux pas aller contre ça, même si c'est au détriment des patients. Parce qu'on est étranger (le répondant est un Français) les gens se servent de nous pour faire passer certains messages à la direction, parce que venant d'un étranger, c'est plus admis. De toutes façons, ici en Afrique, si quelqu'un est plus âgé, tu t'abaisses... quoi, t'as pas à aller contre son avis »<sup>84</sup>.

« Le médecin est presque un dieu ici; c'est lui qui décide de tout. Le malade il n'a rien à dire, il n'a pas de mot à dire devant le médecin : il a pas à poser des questions. Les familles ici n'osent pas poser une question au médecin. Ils arrivent, tu expliques un peu ton mal et puis là c'est le médecin qui fait le reste. C'est le médecin qui décide du reste, et quand le médecin décide, toi tu prends ton ordonnance, on t'explique comment tu les prends et tu rentres chez toi »<sup>85</sup>.

---

<sup>81</sup> Rebouteur : tradipraticien spécialisé dans la guérison des fractures.

<sup>82</sup> Répondant 12 : Médecin (recherche), 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>83</sup> Répondant 5 : Infirmier, 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>84</sup> Répondant 10 : Infirmier, 20-40 ans, masculin, français; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>85</sup> Répondant 16: Association de et pour les malades, 20-40 ans, féminin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

## 5.4 DEUX SAVOIRS QUI NE SE RENCONTRENT PAS

Une fois sur le terrain, nous avons abordé le partage des connaissances avec les tradipraticiens ou avec les médecins sous l'angle de la collaboration. Nous avons remarqué que de manière générale, sur le terrain, la collaboration avec les tradipraticiens est exclue, sauf dans quelques cas particuliers que nous présenterons plus tard. Nous avons pu observer deux types d'attitudes : ceux qui disent ne pas vouloir de contacts et ceux qui ne sont pas contre mais qui ne l'ont jamais fait. Pour chacune des positions, nous présentons ci-après les arguments des répondants.

### 5.4.1 Ceux qui ne souhaitent pas collaborer

Les répondants qui disent ne pas vouloir collaborer sont tous tenants du savoir biomédical : des médecins ou des membres du personnel hospitalier.

« Mais laisser le tradithérapeute avec tout ce qui entoure, en train de professer, autant qu'on le voit aujourd'hui, je suis contre et contre et contre!!! C'est pourquoi, je me rends compte que tout ce que l'OMS, tout ce que le ministère fait de la santé, fait dans ce domaine : je ne partage pas du tout! Parce que n'importe qui est capable de s'ériger en tradithérapeute aujourd'hui : y a aucun moyen de contrôle sur ces gens, ils donnent n'importe quoi aux gens. On ajoute tous les jours des accidents graves »<sup>86</sup>.

Nous présentons maintenant les raisons de leur refus catégorique qui relève d'un manque de contrôle, du bon sens, de la méconnaissance des pratiques des tradipraticiens, du sentiment d'un dialogue impossible, des médicaments dangereux et des mauvaises expériences, de la question de responsabilité et du sentiment qu'il s'agit d'un phénomène d'un autre âge.

#### 5.4.1.1 Un manque de contrôle

De toutes les explications relevées, une seule est absolument abordée par l'ensemble des répondants et se présente sous la notion du contrôle. Un médecin illustre cette inquiétude par une anecdote sur un patient mort à la suite d'une mauvaise manipulation d'un tradipraticien :

---

<sup>86</sup> Répondant 4 : Médecin (clinique), 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

« On aurait été dans un hôpital, ç'aurait été scandale! Étant donné que c'est un tradithérapeute, y a rien ! N'importe qui s'érige, y a aucun contrôle ! Qui exerce quoi ?? Est-ce que n'importe qui peut venir exercer la médecine ? Non ! (...) Cette médecine-là personne ne peut la contrôler de manière claire »<sup>87</sup>.

Ainsi les médecins ne veulent pas collaborer parce qu'il n'y a pas le contrôle que l'on retrouve typiquement en biomédecine :

« Quand nous faisons une étude, il faut forcément l'évidence ethnomédicale : on a beaucoup de praticiens qui disent : je soigne ... c'est-à-dire qu'il faut mener une étude qui prouve, qui situe exactement l'efficacité du médicament traditionnel, sur la santé du malade. C'est facile de dire, je guéris le SIDA ! Je guéris telle maladie! On est d'accord, vous avez donné cette tisane au patient mais on n'a pas encore vu la preuve du médicament... on n'a même pas encore identifié le principe actif dans la plante qui agit ! »<sup>88</sup>.

« Nous avons écrit avec X dans un article, sur l'éthique des essais cliniques, où l'on disait : « Pourquoi la démonstration de la validité des médicaments traditionnels, ne pourrait pas aussi se plier aux contraintes des médicaments modernes? » Parce que eux, ils commencent par vendre le médicament avant de le valider. Enfin, s'ils le valident un jour. Mais c'est quand la population est dessus que le médicament s'éteint de lui-même. Alors que nous, on se tape tellement de procédures, et le comité d'éthique est tellement regardant sur les essais thérapeutiques des médicaments »<sup>89</sup>.

#### 5.4.1.2 Une question de bon sens

Pour certains répondants, il n'y a pas d'explication à donner : ne pas collaborer est logique. C'est une question de bon sens. Plus qu'une question de bon sens, nous verrons dans l'analyse qu'il s'agit surtout d'une adhésion complète à un savoir biomédical à porté universaliste. Ainsi un médecin rapporte :

---

<sup>87</sup> Répondant 4 : Médecin (clinique), 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>88</sup> Répondant 11 : Médecin (recherche), 40-60 ans, féminin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>89</sup> Répondant 12 : Médecin (recherche), 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

« Parce que moi je pense que tout est connu, la maladie; que ce soit les infections opportunistes, que ce soit les traitements antirétroviraux, c'est connu, c'est connu et ça je répète, moi j'ai la solution, je vais pas l'envoyer chez quelqu'un d'autre. C'est clair, ça marche ! Attends, il faut croire en ce qu'on fait, moi j'estime que être malade du sida, tu peux plus mourir, c'est les moyens seulement qui nous manquent »<sup>90</sup>.

#### 5.4.1.3 Une méconnaissance des pratiques des tradipraticiens

Certains disent aussi ne pas vouloir collaborer parce qu'ils ne connaissent pas les pratiques et les remèdes utilisés par les tradipraticiens :

« Parce que y a certains éléments secrets que nos camarades thérapeutes gardent, souvent même ils sont un peu réticents à dévoiler leurs secrets. Ils veulent garder ça jalousement parce qu'ils considèrent ça comme une histoire familiale, ils gagnent l'argent pour ça. S'ils divulguent toutes leurs connaissances à tout le monde, ben ils vont perdre. Donc la collaboration est difficile»<sup>91</sup>.

#### 5.4.1.4 Le sentiment d'un dialogue impossible

Les répondants semblent, par ailleurs, ressentir un gouffre entre ces deux mondes, qui ne fonctionnent ni sur les mêmes discours, ni sur les mêmes logiques.

« Le travail avec le tradipraticien sera très difficile parce qu'on aura du mal à se comprendre puisqu'on n'a pas le même discours. Pour une même maladie, on n'a pas les mêmes explications, c'est sûr que je crois que ça va poser problème. Parce que si vous devez prendre en charge un malade de façon collégiale, il faut que vous ayez le même langage alors sinon c'est compliqué »<sup>92</sup>.

« Je veux bien collaborer... mais si collaborer c'est que moi j'ai pas réussi à soigner un malade, je dois l'envoyer chez le tradipraticien, si la collaboration s'entend comme ça, je ne collaborerai jamais avec un tradithérapeute! Parce que nous ne sommes pas sur la même logique.(...) Je veux qu'il y ait une logique, je ne peux collaborer que sur la base d'une logique, quelle que soit la logique. Qui que ce soit qui a une logique qui correspond à ma logique, on peut

---

<sup>90</sup> Répondant 9 : Médecin (clinique), 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>91</sup> Répondant 7 : Infirmier, 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>92</sup> Répondant 6 : Médecin (clinique), 20-40 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

collabore, mais une logique que moi je comprends pas, comment voulez vous qu'on collabore ? »<sup>93</sup>.

« Je n'ai appris que la logique scientifique, je ne connais que ça. Si je lui dis, je vais collaborer sur la base du mysticisme, j'ai menti, je ne la connais pas. Et même s'il m'en parle, je ne la connais pas, il faut que je sois mystique. C'est pas le fait de m'en parler. C'est quand moi je parlais de ma logique, ils ne comprennent pas. Vous voulez qu'on collabore comment ? »<sup>94</sup>.

Ce médecin montre finalement qu'il existe plus de ressemblances entre deux médecins de continents différents qu'entre deux cultures d'un même pays :

« Maintenant avec les médecines modernes, c'est très important qu'il y ait un partage de connaissances. Moi je me sentrais mieux avec des médecins au Canada et de voir comment ils travaillent. Y a certaines choses que eux ils font que moi je ne vois pas... et que s'ils viennent un jour au Burkina ici, ils vont voir ce que peut être ils ne voient que sur le plan théorique, donc voilà, le partage, c'est...en tout cas si y a un contact entre les gens de différentes régions, c'est très bien, ça permet toujours d'avancer. Moi je ne demande pas mieux que d'aller voir et d'apprendre à l'étranger »<sup>95</sup>.

#### 5.4.1.5 Des médicaments dangereux et de mauvaises expériences

Toujours pour expliquer leur refus de collaborer, certains répondants évoquent leurs expériences personnelles qui ont façonné leur jugement :

« Et Dieu seul sait quels sont leurs résultats, notamment dans le domaine du sida, c'est une catastrophe, une hécatombe!! Je pourrais vous multiplier des cas de catastrophes dans cet hôpital. Doit-on les laisser faire? Je pense que non, il faut arrêter ce phénomène »<sup>96</sup>.

Au sein des associations aussi, on constate ce même phénomène :

« Toutes les personnes que moi j'ai accompagné sur le plan psychosocial au niveau de l'hôpital, qui se sont données aux produits thérapeutiques africains, beaucoup d'entre eux sont morts. Y en a qu'on a pu sauver de justesse parce

---

<sup>93</sup> Répondant 4 : Médecin (clinique), 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>94</sup> Répondant 4 : Médecin (clinique), 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>95</sup> Répondant 7 : Infirmier, 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>96</sup> Répondant 4 : Médecin (clinique), 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

que là, ils ont arrêté le traitement traditionnel, mais beaucoup de gens sont revenus en phase finale. C'est pourquoi je ne penche pas trop pour ça »<sup>97</sup>.

#### 5.4.1.6 Une question de responsabilités

Les répondants font alors référence à la responsabilité qui leur incombe en tant que professionnels de la santé :

« Peut être que c'est possible, mais moi j'ai une responsabilité »<sup>98</sup>.

« Y a des cas à l'hôpital où, au bout de 6 mois, le malade il est toujours là, son état ne s'est pas amélioré et il demande à aller voir un tradipraticien et là, on lui fait signer une décharge et on le fait sortir. On s'oppose jamais à faire sortir un malade, l'essentiel est de faire signer la décharge »<sup>99</sup>.

#### 5.4.1.7 Un phénomène d'un autre âge

Enfin, nous présentons la position de ce médecin selon laquelle, l'évolution de la médecine en Afrique doit tendre vers le modèle occidental :

« Vous savez dans l'histoire de la médecine, c'était comme ça aussi chez vous : l'apothicaire, c'était le tradithérapeute par excellence. Il faisait ses potions lui-même, il les administrait, et puis un jour on sentit la nécessité de diviser... il faut des médecins, il faut des biologistes, pour qu'une seule personne ne contrôle pas tout. C'est pour le bien du malade d'abord »<sup>100</sup>.

#### 5.4.2 Ceux qui sont contre mais qui « laissent faire »

Tous les répondants ne s'opposent pas de manière aussi catégorique aux tradipraticiens. On observe, dans les associations et chez quelques médecins, certains intervenants qui, sans être en leur faveur, adoptent une attitude plus tolérante :

« Mais, en tout cas, si quelqu'un vient nous voir on lui donne toutes les informations et on le soutient dans ce choix. Si t'as choisi les

---

<sup>97</sup> Répondant 16: Association de et pour les malades, 20-40 ans, féminin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>98</sup> Répondant 9 : Médecin (clinique), 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>99</sup> Répondant 7 : Infirmier, 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>100</sup> Répondant 4 : Médecin (clinique), 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

tradipraticiens, nous on va pas te lâcher parce que t'es parti là bas. Tu viens nous voir, si on peut t'aider, on t'aide, mais on va jamais te dire, tu vas là bas, alors ne viens plus nous voir. En fait, on t'accompagne dans ton choix »<sup>101</sup>.

#### 5.4.3 Ceux qui ne sont pas contre une collaboration mais qui ne le font pas

D'autres répondants sont, pour leur part, plutôt favorables à une collaboration entre médecine traditionnelle et médecine moderne. Deux raisons principales motivent ces derniers : la présence des tradipraticiens comme un « état de fait » et la possibilité de découvrir de nouvelles molécules actives

##### 5.4.3.1 Un état de fait : des acteurs incontournables à former

Comme nous l'avons vu dans le contexte du terrain, le recours aux tradipraticiens est, un phénomène bien réel avec lequel, selon certains répondants, il faut absolument composer.

« Moi je veux juste dire qu'il faut faire avec les tradipraticiens. Faut pas les exclure du circuit de soins. Je pense qu'il faut pas les exclure du circuit de soins, parce que y a toujours des gens qui feront appel à eux »<sup>102</sup>.

« Il faut faire participer la communauté : tout programme, tout projet qui vient s'installer, il faudra qu'il compte beaucoup avec la communauté du village, la communication et surtout avec le chef coutumier. Et puis intégrer aux causeries, les chefs de familles, pas seulement les femmes, les groupes-cibles. Il faut donner une certaine tâche à cette communauté-là. Sinon on ne peut pas venir de l'extérieur comme ça, c'est comme ce sera un dialogue de sourds, en fait »<sup>103</sup>.

La formation des tradipraticiens devient alors indispensable :

« Pour ce qui concerne le VIH peut-être qu'il faut donner, il faut impliquer les tradipraticiens dans les formations sur la prise en charge, sur l'information à

---

<sup>101</sup> Répondant 16: Association de et pour les malades, 20-40 ans, féminin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>102</sup> Répondant 10 : Infirmier, 20-40 ans, masculin, français; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>103</sup> Répondant 11 : Médecin (recherche), 40-60 ans, féminin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.



faire passer auprès des malades. (...) Mieux vaut leur donner les bonnes informations, que d'essayer de continuer comme ça »<sup>104</sup>.

« Si les deux sciences travaillaient en symbiose, je pense que ça ne poserait pas de problème, parce que, il y a des milieux reculés où un tradithérapeute peut résoudre un problème et où il n'y a pas de médecin. Mais seulement en approchant le milieu scientifique, on pourrait lui dire : Voilà, ton traitement pour le paludisme est bien mais il faut l'utiliser de telle sorte que l'on puisse parler de dosage, parce que un médicament c'est aussi un poison, mais souvent, c'est difficile de les faire raisonner comme ça »<sup>105</sup>

#### 5.4.3.2 Des molécules actives et de nouveaux savoirs à la clé

Les répondants sont aussi favorables à la collaboration avec les tradipraticiens, parce que ces derniers sont garants d'un savoir inaccessible aux médecins :

« Je pense que la recherche devrait saisir l'opportunité de travailler avec les tradipraticiens parce que ce n'est que par cette voie-là qu'ils pourront trouver une force pour faire vendre et diffuser le savoir dont ils sont garants actuellement. S'ils ont un médicament contre le VIH, qu'ils viennent. On va monter un projet et regarder les molécules actives »<sup>106</sup>.

« Le partage de savoir entre les médecins et les tradipraticiens, c'est des choses auxquelles je ne suis pas d'emblée opposé, parce que je me dis quand même que l'on peut pas dire non à ce que l'on propose. Il faut laisser le temps à la personne qui est en face de vous, de vous exposer son savoir, de voir qu'est-ce qui est profitable dans son savoir, qu'est-ce qu'on peut en tirer, pour compléter ce que l'on sait »<sup>107</sup>.

Malgré la volonté de collaborer pour les raisons qui viennent d'être exposées, certaines barrières semblent empêcher la rencontre des deux cultures : soit il n'y a pas d'occasion, soit il n'y a pas de preuves scientifiques,

#### 5.4.3.3 Il n'y a pas d'occasions

Ainsi un tradipraticien dit vouloir collaborer mais mentionne qu'on ne l'a jamais approché :

---

<sup>104</sup> Répondant 16: Association de et pour les malades, 20-40 ans, féminin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>105</sup> Répondant 5 : Infirmier, 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

« Il ne travaille pas avec les médecins Il dit non, eux y a aucun problème, il laisse ouvert, s'ils viennent vers lui, y aura aucun problème **mais comme c'est une nouvelle structure aussi mais il semble qu'il y a eu un recensement des tradipraticiens et il ne s'est pas fait recensé ...peut être il a pas été informé mais il n'est pas recensé. Bon ça peut être fait siemens aussi je sais pas** »<sup>108</sup>.

« En fait, il reste ouvert et lui pense qu'entre les deux, c'est à dire la médecine moderne et puis la médecine traditionnelle, lui il reste ouvert et il a même dit qu'il y a des maladies qu'on ne peut pas soigner au niveau de la médecine moderne, ils le savent et donc si d'aventure y a des gens qui n'arrivent pas être soignés, à trouver une réponse au niveau de la médecine moderne, lui il peut les accueillir ici, parce que y a des maladies qu'on connaît en Afrique qui sont liées au sort, alors si la médecine moderne ne peut pas apporter une réponse et si le malade est transporté ici, eux ils savent quelles sont les racines qu'il faut utiliser »<sup>109</sup>.

D'autres rêvent d'un partenariat avec les médecins, même si rien de concret ne leur a été encore proposé :

« J'aimerais que un jour les deux systèmes soient assis et que madame... vous donnez ça à votre médecin, moi je pense que, moi je donne ça; la recette se trouve dans le médicament que vous prenez, est- ce que les deux vont ensemble ? Si les deux vont ensemble y a pas de problème, on peut utiliser. Mais si les deux sont contradictoires, faut que la patiente arrête un et peut continuer l'autre. On fait ça pour avoir un bon résultat puisque maintenant je vais voir moderne, je vais voir traditionnel, pour finir, je ne saurais pas qu'est ce qui m'a guéri Pour savoir ce qui m'a guéri, faut catégoriquement arrêter l'une des deux »<sup>110</sup>.

#### 5.4.3.4 Il n'y a pas de preuves scientifiques

Cette catégorie de praticiens rappelle un peu celle présentée plus tôt, pour qui le manque de preuves scientifiques était à l'origine de l'absence de collaboration entre les médecins et les tradithérapeutes. Il semblerait qu'un mode de fonctionnement uniformisé avec une logique commune puisse résoudre le problème :

---

<sup>106</sup> Répondant 11 : Médecin (recherche), 40-60 ans, féminin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>107</sup> Répondant 5 : Infirmier, 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>108</sup> Répondant 14 : Tradipraticien, 60-80 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, village.

<sup>109</sup> Répondant 14 : Tradipraticien, 60-80 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, village.

<sup>110</sup> Répondant 15: Tradipraticien (association), 20-40 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

« Moi je ne suis pas contre les tradithérapeutes. Si un tradithérapeute m'approche pour me dire bon, y a certains aspects dans la prise en charge du VIH qu'il peut gérer, y a pas de problème. Je demande à partager son expérience. Si cette expérience est scientifiquement concluante, je m'oppose pas, parce que quoi que l'on dise, même si nos patients, même si nous refusons cette collaboration avec les tradithérapeutes, nos patients vont nous contourner et aller toujours là-bas » <sup>111</sup>.

« Je ne refuse pas l'approche des tradithérapeutes, mais je demande toujours aux gens d'être très prudents parce que ce qui est scientifiquement démontrable est plus acceptable que lorsqu'il y a un flou » <sup>112</sup>.

« On n'est pas contre les tradithérapeutes mais lorsqu'un tradithérapeute parle du bienfait, des vertus de sa trouvaille... Qu'il puisse nous expliquer de façon scientifique, des démarches acceptables par l'esprit, comment il en est arrivé là. Y a pas de problème, on va composer ensemble » <sup>113</sup>.<

## 5.5 LORSQUE LES DEUX SAVOIRS SE RENCONTRENT

Les deux médecines ne sont cependant pas toujours en compétition ou en opposition, il arrive parfois que ces savoirs se rencontrent. Nous présenterons ici les propos des personnes qui partagent ces deux savoirs et que nous avons rencontré, dans un premier temps à Bobo Dioulasso et dans un deuxième temps à Paris.

### 5.5.1 À Bobo Dioulasso

À Bobo Dioulasso, de manière générale, nous avons observé que les deux cultures ne se côtoyaient pas : les deux savoirs restent séparés mais sont liés par des acteurs que nous présenterons comme des courroies de transmission entre les deux mondes. Leurs activités, que nous avons pu observer sur le terrain, prennent deux formes : soit les acteurs réfèrent les patients aux tradipraticiens ou aux médecins, soit ils traduisent les concepts d'un monde, de manière à ce qu'il soit audible pour l'autre monde.

---

<sup>111</sup> Répondant 5 : Infirmier, 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>112</sup> Répondant 5 : Infirmier, 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>113</sup> Répondant 5 : Infirmier, 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

### 5.5.1.1 Transférer les patients

Dans les associations de patients atteints du SIDA, certains membres suggèrent de recourir aux tradipraticiens :

« Bon, nous travaillons avec eux dans le cadre des traitements de la peau, avec le zona, parce que y a pas mieux qu'eux et puis certains, dont les médicaments sont efficaces. Personnellement, j'ai fait l'expérience, parce que j'ai fait un zona facial et c'est le tradithérapeute, et je suis restée sans séquelle. Donc si je suis en...(inaudible) de mon membre, moi je le réfère au tradithérapeute. S'il veut, il y va, moi je ne vais pas chercher pour lui, et il fait ses trucs »<sup>114</sup>.

Certains médecins ont aussi recours à ce procédé et poussent les patients à retourner voir les tradipraticiens lorsqu'ils pensent ne plus rien pouvoir faire :

« Quand la médecine ne peut plus rien faire, je sais qu'on le fait de temps en temps (envoyer les patients chez les tradipraticiens) mais ce n'est qu'en cas extrême, par exemple un cancer. On ne peut pas enlever l'espoir du patient, ce n'est pas pour nous débarrasser du malade... Mais travailler avec un tradipraticien, ça va être difficile... Si un jour c'est possible .... Ce qui est sur, on ne peut pas traiter un malade en même temps : la prise en charge ne peut pas être de façon collégiale, au même moment »<sup>115</sup>.

« Culturellement ici, il arrive très fréquemment que de l'hôpital, un médecin dise : il n'y a plus moyen, dans la médecine moderne, de vous sauver : essayez d'aller voir au village et donc c'est un point d'entrée et une porte de sortie... Et globalement c'est comme ça l'ambiance. Et quand vous allez voir les médecins sur place, ils vont vous raconter ce vécu culturel où le point d'entrée est le médecin et quand ça ne marche pas, on va voir la médecine moderne. Et quand la médecine moderne d'ailleurs ne marche pas, c'est les médecins modernes qui vous disent : « Nous, on a fini... Vas au village, peut-être que eux vont ... (silence) »<sup>116</sup>.

---

<sup>114</sup> Répondant 17: Association de et pour les malades, 20-40 ans, féminin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>115</sup> Répondant 6 : Médecin (clinique), 20-40 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>116</sup> Répondant 12 : Médecin (recherche), 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

### 5.5.1.2 Traduire les concepts

Certains acteurs, souvent des membres d'associations où des infirmiers vont servir de relais entre le médecin et le patient, pour traduire les propos de l'un afin qu'il soit compréhensible pour l'autre. Il est à noter que, s'il y a ici un effort pour la construction d'un pont et pour l'amélioration de la compréhension, ce dernier ne va se faire que du monde biomédical vers le monde traditionnel. On adapte le message du médecin, héritier de la culture biomédicale pour qu'il soit compréhensible par le patient, héritier de la culture traditionnelle. Ainsi ces activistes nous présentent la nécessité et les difficultés de leurs tâches :

« C'est le médecin qui décide et quand le médecin décide, toi tu prends ton ordonnance. On t'explique comment tu les prends et tu rentres chez toi. Bon... et quelquefois les malades viennent nous voir avec le produit et tout et ils veulent des explications... et quelquefois on essaie de leur expliquer, de rentrer en contact avec le médecin, d'avoir plus d'informations et de redonner à la famille ...en fait on est des médiateurs en santé» <sup>117</sup>.

« On n'a pas besoin de tous ces termes sophistiqués ou bien scientifiques, il y a des mots pour traduire un état au niveau local : par exemple, votre sang n'est pas bon, y a des mots, il est parasité parce que la maladie, l'état de maladie... parce que la difficulté est que dans l'état de maladie, être bien portant, ça, ça n'existe pas dans le contexte. Dire que tu es malade, tu as le virus mais tu te portes bien. Ça c'est des images qu'on donne, ça, ça n'existe pas pour dire, vous êtes positif, vous n'êtes pas malade, c'est que vous avez un virus simplement, ça il faut le faire par image » <sup>118</sup>.

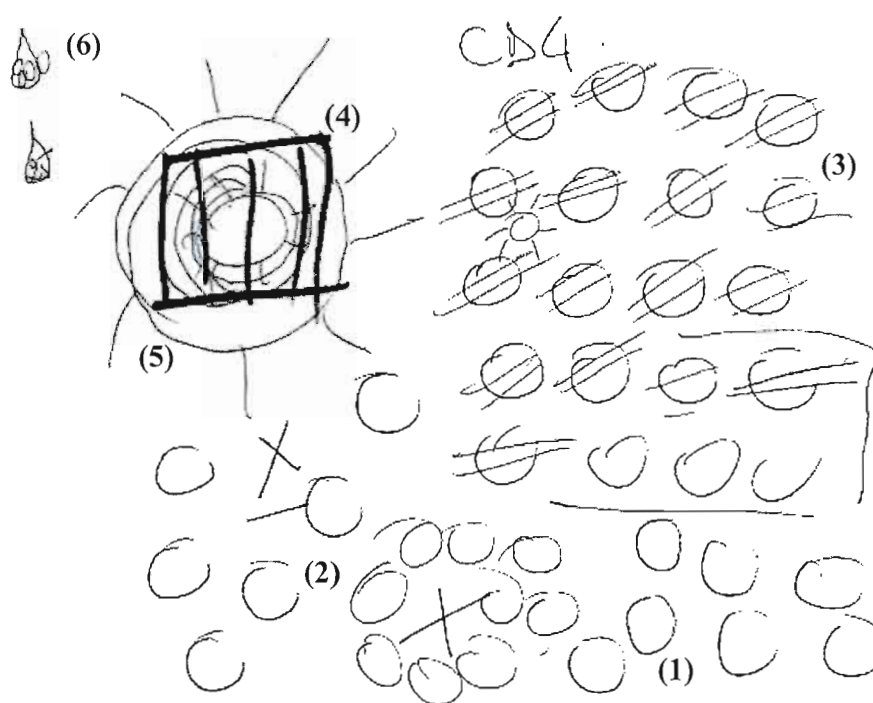
« Sinon, on a recours à un traducteur. Mais du fait qu'il y ait une tierce personne entre vous et le médecin fait que déjà on n'est pas dans un contexte de confidentialité totale. Bon ça, même déjà en termes de réceptivité du patient, c'est pas très évident. Mais je me dis que, bon, les gens essaient de faire le bagage dans ce domaine au fil de la profession. C'est vraiment un travail que vous allez faire sur le tas » <sup>119</sup>.

Certains ont recours aux métaphores, aux dessins et nous proposons à la figure 5.1 un schéma type ainsi que les explications qui l'accompagnent. Ce schéma se fait lors des consultations

<sup>117</sup> Répondant 16: Association de et pour les malades, 20-40 ans, féminin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>118</sup> Répondant 17: Association de et pour les malades, 20-40 ans, féminin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

d'observance à l'hôpital de jour de Bobo Dioulasso. Il sert de support à l'explication donnée aux patients quant à l'action de VIH telle qu'elle est comprise par la médecine moderne. Le recours à ce schéma a pour but, par l'utilisation de termes simplifiés, de faire comprendre aux patients, non seulement le mode de fonctionnement de la maladie, mais aussi l'importance de prendre ses médicaments régulièrement<sup>120</sup>.



**Figure 5.1** L'explicitation du savoir biomédical à l'aide de schéma tracé par un infirmier français de l'hôpital de jour de Bobo Dioulasso. Mai 2006.

<sup>119</sup> Répondant 13 : Médecin (recherche), 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>120</sup> À des fins de comparaison, nous invitons le lecteur à reprendre les explications de la littérature médicale quant au mode de fonctionnement du VIH-SIDA, présentées dans le paragraphe 2.2.2.2; p.32



Nous joignons au schéma, dessiné lors des consultations, les explications fournies au patient par l'infirmier. Le schéma se construit au fur et à mesure des explications.

« Je leur explique que dans le corps, chaque être humain a des globules blancs qu'on appelle CD4, qui sont les soldats du corps, qui sont là pour nous protéger. C'est comme l'armée du corps. Ils sont dans notre sang, tout le monde a ça, on peut pas vivre sans ça. (1) Quand il y a une maladie qui rentre dans notre corps – je le dis, tout simplement parce que pas mal de gens sont analphabètes alors j'essaie de le schématiser le plus simplement possible — les soldats entourent la maladie pour la chasser. D'accord ? Donc, ils se battent contre elle et quand on fait de la fièvre, par exemple, ça veut dire y a une maladie qui est rentrée et que les soldats sont en train de se battre pour la chasser. (2)

Donc, on peut pas vivre sans ça. Quand on est infecté par le virus du VIH, lui, il a besoin pour se développer de tuer les soldats, donc il mange les soldats et il se multiplie, il rentre dans les soldats ou il les mange. Il les tue et il se multiplie. (3)

Donc, si a nouveau, y a une maladie qui rentre, y a plus assez de soldats vivants pour la chasser donc on fait la maladie, donc on tombe malade, d'accord ?.

Par exemple si on est exposé au zona, quelqu'un qui a pas de virus, ses soldats vont chasser la maladie. Quelqu'un qui a le virus, comme il a tué beaucoup de CD4, des soldats, la maladie s'installe. Voilà pourquoi on tombe malade du sida et voilà pourquoi on en meurt, et quand le sida a tué tous les soldats on a plus de moyens de défense donc on meurt.

Après je leur dis, à votre avis les médicaments qu'on va vous donner, qu'est ce que ça va faire ? Donc là y a plusieurs réponses, soit ça va renforcer les soldats, ça va ajouter d'autres soldats, c'est des médicaments dans lesquels y a des soldats qu'on va leur donner. Y en a qui me disent que ça tue le virus, qu'o va chasser le virus.

Là je dis qu'en fait, les médicaments qu'on va vous donner vont enfermer le virus, comme dans une prison, donc il est enfermé, donc il peut plus agir, mais il est toujours là, il est toujours présent dans votre corps, vous pouvez le transmettre si vous avez des rapports sexuels non protégés. Il est toujours là, mais il est inactif, il est coincé par les médicaments, il est en prison. (4)

Par contre ces médicaments-là, il faut les avaler tous les jours parce qu'il faut enfermer votre virus. Tous les jours, faut l'enfermer à nouveau. Le jour où vous oubliez de prendre vos médicaments, ou si vous les prenez mal, le virus dans sa cage, il grossit un peu, vous oubliez deux fois, vous oubliez trois fois, et au fur et à mesure que vous oubliez il grossit, il grossit et un jour il sort, il est plus gros, il est plus fort et plus résistant, donc il va attaquer encore plus de CD4 (5).

Ah ! J'ai oublié de dire un truc : quand le virus est dans sa cage étant donné qu'il peut plus agir sur les CD4, les CD4 vivants qui restent, qui vous restent se multiplient, et petit à petit vous retrouvez vos soldats. Ce que je leur dis aussi, pour schématiser : dans une goutte de sang, quand on regarde, qu'on

compte les soldats chez quelqu'un qui est pas malade, on compte à peu près 800 à 1000 soldats. Puis vous, on a pris votre sang, on a regardé, il en reste 25 (6); alors ça pour le coup, ça, c'est parlant : « Il en reste que 25 au lieu de 800 !!! Donc, je vais mourir, il faut faire vite, donnez-moi les médicaments, vite il faut enfermer mon virus pour que les soldats se multiplient pour que j'en ai encore plus ». Et donc, je leur dis voilà, si vous les prenez mal, votre virus grossit, sort, devient plus fort plus résistant et après on a plus de médicament à vous proposer. Vous pouvez vous décider si vous êtes d'accord de prendre les médicaments, parce que c'est des médicaments que vous allez prendre toute votre vie. Moi je vous dis ce que ça vous apporte comme intérêt. Vous en avez besoin pour survivre. C'est pas facile de prendre des médicaments tous les jours toute sa vie, c'est pénible, mais vous avez pas le choix. Enfin, vous avez le choix de dire « non j'en veux pas » et ça m'est arrivé, pas beaucoup, mais y a des gens qui m'ont dit non. Ils m'ont dit « J'ai 200 soldats je vais attendre encore un peu ! »<sup>121</sup>

L'infirmier mentionne à propos de son schéma que ce dernier :

« (...) a un peu évolué. Avant je disais que le virus sortait de la cage dès qu'on oubliait; là je le fais grossir à l'intérieur pour montrer que c'était pas une seule prise manquée qui le faisait tout d'un coup sortir, je l'ai fait grossir à l'intérieur. Le coup de la maladie qui rentre aussi je l'expliquais pas au début non plus, je disais juste qu'y avaient des soldats pour nous défendre, puis j'ai ajouté la maladie qui venait avec une croix. Et les gouttes de sang aussi, je le faisais pas ça en France, et du coup ils demandent les CD4 après : « J'en suis où maintenant ? ». Ça permet de voir une évolution positive qui pousse à prendre le traitement, ils voient le bénéfice, c'est important qu'ils sachent. Parce que s'ils prennent les médicaments sans savoir pourquoi, c'est foutu, et puis on n'a pas grand-chose à leur proposer après. Donc c'est ça le danger, parce que les lignes thérapeutiques qu'on a là, y en a une deuxième, éventuellement, mais après y a rien. C'est un vrai défi l'observance ! »<sup>122</sup>.

Un autre infirmier, qui utilise aussi ce type de schéma, rapporte que, parfois, ils ont même recours aux gestes :

« Il peut arriver qu'il y ait des gens qui viennent du milieu rural, mais ces gens-là, vous allez répéter deux ou trois fois, mais c'est ce que je vous dis, il faut avoir des astuces, des exemples pour étayer toutes les informations que vous êtes en train de donner à la personne. Alors parfois on quitte carrément le cadre des explications générales qu'on donne aux autres pour adapter notre message à la personne qui est en face de nous. Par exemple : j'ai reçu une

<sup>121</sup> Répondant 10 : Infirmier, 20-40 ans, masculin, français; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>122</sup> Répondant 10 : Infirmier, 20-40 ans, masculin, français; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.



patiente ici un jour et j'ai expliqué le mode d'action du virus et les conséquences de l'infection sur les mécanismes de défense assurés par les CD4. Lorsque je lui ai expliqué que les médicaments bloquent la réplication virale, donc l'organisme continu de produire des lymphocytes et la patiente ne voyait pas du tout ça, je me suis levé, j'ai fermé la porte, j'ai amené un verre d'eau, j'ai dit : bon quand vous prenez le médicament, le virus est là mais il ne peut plus atteindre les lymphocytes pour les détruire et se multiplier... quand vous prenez les médicaments, c'est une barrière que vous mettez entre le virus là (dans le verre) et les lymphocytes là (hors du verre). Comme la femme ne comprenait pas, je suis sorti. J'ai dit : bon, la porte là, c'est comme un traitement qu'on met. La porte de cette maison c'est comme un traitement qu'on a mis en place. L'eau coule de dehors à mon bureau. On met une porte; la porte, c'est le médicament. La porte bloque le passage de l'eau. Lorsqu'on a mis la porte, l'eau ne peut plus rentrer par là. Alors, est-ce que ça veut dire que l'eau est finie dehors ? Elle me dit non. Si on enlève la porte, qu'est-ce qui se passe ? L'eau entre. Elle a compris. Le médicament bloque le passage des lymphocytes pour les détruire »<sup>123</sup>.

### 5.5.2 À Paris

À Paris, nous avons rencontré une équipe de médecins qui propose des consultations où les deux mondes coexistent et où la traduction d'un monde vers l'autre, comme nous l'avons vu à Bobo Dioulasso, se fait dans les deux sens :

« Nous, on aimerait bien faire passer l'idée que y a des systèmes thérapeutiques pluriels qui fonctionnent avec des logiques différentes et que la médecine occidentale, c'est une façon de voir le monde, mais ce n'est pas la seule. Il s'agit pas de réfuter ce que la médecine apporte. Simplement d'arriver à laisser de la place à des systèmes de pensées qui sont des systèmes qui peuvent apporter quelque chose de positif pour le patient »<sup>124</sup>.

Le mode de fonctionnement consiste à réunir dans un même lieu les différents acteurs autour de la maladie : le médecin traitant, le patient, sa famille, un interprète et un médecin médiateur et à travers le dialogue :

« de rendre compte du lien possible, à la fin de la consultation, entre une théorie qui est celle du patient, de ce qui lui arrive et une théorie qui est celle de la médecine »<sup>125</sup>.

---

<sup>123</sup> Répondant 5 : Infirmier, 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>124</sup> Répondant 1 : Médecin, 40-60 ans, masculin, français; entretien exploratoire, Paris France.

<sup>125</sup> Répondant 1 : Médecin, 40-60 ans, masculin, français; entretien exploratoire, Paris France.

### 5.5.3 Les impératifs d'une rencontre fructueuse

Nous avons donc observé deux cas de figure dans lesquels les deux mondes étaient en présence. Pour que ces deux cultures puissent communiquer, les répondants ont fait émerger, de par leurs entrevues, un certain nombre d'impératifs : il faut connaître ce que fait l'autre, avoir confiance en l'autre, être doté de certaines caractéristiques, posséder un langage commun, être en situation de rupture et bénéficier de temps.

#### 5.5.3.1 Une connaissance de ce que fait l'autre

Un premier impératif, largement mentionné et qui est selon les répondants, le plus important, est la connaissance de l'autre... dans ses pratiques, dans son mode de fonctionnement, etc. Ainsi, à Bobo Dioulasso, le personnel médical, se risquant à envoyer des patients chez les tradipraticiens, ne le faisait que s'il avait une connaissance personnelle des pratiques du tradipraticien :

« Ce sont que pour les patients que je connais bien, que souvent je m'aventure à le faire » <sup>126</sup>.

« Je l'ai déjà fait souvent. Ben, si tu veux comprendre comment ça fonctionne, il faut essayer. Donc je l'ai fait, pas dans le monde juste tunisien, je l'ai fait au Brésil, je l'ai fait avec des thérapeutes d'ici, pour comprendre un peu comment ils fonctionnaient » <sup>127</sup>.

À Paris, le but même de la démarche est que chacun des acteurs présente aux autres sa manière de concevoir les choses :

« En fait ce qu'on a fait dans la consultation, c'est qu'on a montré au médecin, un monde qui lui était inconnu, qui est le monde d'interprétation du patient. (...) Ça, ça permet au médecin de comprendre un peu mieux qu'est-ce qui fait sens pour ce patient dans son parcours de vie, qu'est-ce qui lui arrive et à ce moment-là, d'adapter son projet thérapeutique » <sup>128</sup>.

---

<sup>126</sup> Répondant 7 : Infirmier, 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>127</sup> Répondant 1 : Médecin, 40-60 ans, masculin, français; entretien exploratoire, Paris France.

<sup>128</sup> Répondant 1 : Médecin, 40-60 ans, masculin, français; entretien exploratoire, Paris France.

### 5.5.3.2 La notion de confiance

Un second impératif qui revient chez tous les répondants, lorsqu'il s'agit de partager ses connaissances avec l'autre, est la notion de confiance qui doit s'établir entre les deux parties.

La nécessité d'une confiance omniprésente qui s'exprime à travers ces quelques citations :

« En général, il faut d'abord établir une relation de confiance. Ensuite, laisser les tradipraticiens s'exprimer parce que globalement, ils ont peur et les préjugés sont que les biomédicaux volent leurs recettes pour en faire leur marché »<sup>129</sup>.

### 5.5.3.3 Des acteurs d'exception

Les répondants parlent de l'importance des acteurs en présence. Non seulement dans leurs caractéristiques professionnelles, mais aussi dans leurs caractéristiques personnelles :

« Tu peux mettre toutes les formations que tu veux, si tu n'as pas un minimum de sens relationnel à l'autre, de capacité de rentrer en lien avec l'autre, de parler avec l'autre, entendre l'autre, d'écouter l'autre, c'est pas par la formation que tu acquiers ça. La formation te donne autre chose, mais tu n'as pas les capacités de base. La deuxième chose, c'est cette capacité de pouvoir aussi avoir un regard un peu distancier sur ton propre parcours, l'analyse est sur ce que tu es toi en tant que personne, en tant qu'individu, qu'est-ce que t'as construit?... »<sup>130</sup>.

« Ce sont des médecins qui ont envie d'avoir une approche de la maladie qui n'est pas simplement organique, mais d'avoir une vision un peu plus globale, on sent des profils un peu particuliers. C'est plus facile pour nous de les rencontrer de discuter avec eux, parce qu'ils sont prêts à ça »<sup>131</sup>.

### 5.5.3.4 Un même langage

Partager le même langage, c'est non seulement partager une même langue, mais aussi des concepts communs pour la communication. Ainsi, lors des consultations, découvertes à Paris le travail de ce dispositif :

---

<sup>129</sup> Répondant 12 : Médecin (recherche), 40-60 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>130</sup> Répondant 1 : Médecin, 40-60 ans, masculin, français; entretien exploratoire, Paris France.

<sup>131</sup> Répondant 1 : Médecin, 40-60 ans, masculin, français; entretien exploratoire, Paris France.

« va être de traduire les mondes en présence. Avant tout, on va traduire. On va traduire au sens fort, c'est pas simplement de la traduction de mots, c'est la traduction de concepts »<sup>132</sup>.

#### 5.5.3.5 Une situation de rupture

Certains mentionnent que la mise en place d'un lieu commun de partage de connaissances ou le fait d'envisager un recours à une autre forme de savoir, est d'abord motivé par une situation de rupture :

« Nous sommes sollicités par ces services des centres de la douleur lorsqu'eux-mêmes sont en difficulté ou en échec pour mettre en place un projet thérapeutique. On part du postulat que peut-être il y a un travail à faire pour justement rendre efficace la prise en charge médicale »<sup>133</sup>.

#### 5.5.3.6 La notion de temps

La notion de temps est abordée comme une contrainte. Un des impératifs dans le partage de connaissances est alors de pouvoir bénéficier de temps. :

« C'est difficile à mettre en place parce que c'est difficile pour les médecins de se confronter à des théories externes. C'est aussi difficile, parce que trois heures de consultation, faut vouloir et le pouvoir. C'est une économie de temps extraordinaire par rapport à une prise en charge après, et ça évite des tas de choses. Ça permet de mieux comprendre et de se mettre d'accord sur quelque chose, mais dans la pratique hospitalière aujourd'hui, bon ben voilà, un patient c'est trois heures... le système actuel est pas du tout prévu pour »<sup>134</sup>.

#### 5.5.3.7 La notion de crédibilité de l'autre savoir

Enfin, chez chacun des répondants on peut sentir la reconnaissance du savoir traditionnel, comme un savoir valide et crédible :

« Alors il s'agit pas de dire que c'est la vérité... en tout cas, c'est la vérité dans ce monde. Et pour moi, dans la mesure où c'est la vérité dans ce monde-là, c'est la vérité tout court. Donc, ça veut dire que c'est une vérité à laquelle il faut donner un statut et pas un statut de croyance ou d'interprétation... c'est un

---

<sup>132</sup> Répondant 1 : Médecin, 40-60 ans, masculin, français; entretien exploratoire, Paris France.

<sup>133</sup> Répondant 1 : Médecin, 40-60 ans, masculin, français; entretien exploratoire, Paris France.

<sup>134</sup> Répondant 1 : Médecin, 40-60 ans, masculin, français; entretien exploratoire, Paris France.

statut de vérité avec des théories qui ont cours dans ce groupe, qui fonctionnent depuis des millénaires »<sup>135</sup>.

#### 5.5.3.8 Pas de mixage, mais une coexistence

« Chaque monde a sa cohérence interne. Tu peux pas leur demander d'être mélangés. Tu peux leur demander d'exister l'un par rapport à l'autre, l'un parallèlement à l'autre, mais tu peux pas leur demander de faire une nouvelle théorie qui prendrait des éléments de la médecine et qui prendrait des éléments du monde traditionnel. C'est pas possible ça, ça tient pas la route. Ça fonctionne parce que y a toute la cohérence d'un système qui a été forgée depuis des millénaires, avec ses manières de penser. Après ils vont emprunter des choses, ce que tous les systèmes culturels font : ils empruntent des choses à la médecine s'il veulent, mais ça se construit dans un système, tu peux pas le rendre artificiel. [...] Lorsqu'on a fait notre boulot, c'est lorsqu'on a réussi à modifier les deux à travers l'interaction; c'est à dire on a renforcé leurs liens à tous les deux. Ça, c'est fantastique la manière dont ce type de travail, renforce le lien entre le patient et son médecin. C'est vraiment extraordinaire, parce qu'ils ont plus ce conflit des choses qu'ils n'auraient jamais dit ailleurs. Ça booste le lien [...] Le travail qu'on fait ne remet pas en cause la théorie médicale. La théorie médicale reste toujours valide. Le fait de parler de sorcellerie ne remet pas en cause l'interprétation médicale de la maladie. [...] Donc on essaie de faire vivre les deux en même temps, mais les deux sont pas superposables, tu peux pas mélanger la médecine avec les djinna, c'est pas mélangeable... pas mélangeable, dans le sens « tu peux pas en faire un cocktail » : tu peux pas prendre deux choses, mélanger, en faire une nouvelle chose »<sup>136</sup>.

Ce bilan des différentes entrevues et observations va nous permettre de procéder à l'analyse et de comprendre comment et pourquoi s'articulent les savoirs biomédicaux et traditionnels à la lumière des théories de gestion de connaissance.

---

<sup>135</sup> Répondant 1 : Médecin, 40-60 ans, masculin, français; entretien exploratoire, Paris France.

<sup>136</sup> Répondant 1 : Médecin, 40-60 ans, masculin, français; entretien exploratoire, Paris France.

## CHAPITRE VI

### ANALYSE

Nous procédons, dans cette partie, à l'analyse des résultats recueillis sur le terrain. Ces derniers devraient, en effet, pouvoir nous permettre de répondre à nos questions de recherche qui, rappelons-le, étaient de savoir ce qu'il en était au Burkina Faso, devant la volonté du gouvernement de favoriser le partage des connaissances entre médecine traditionnelle et médecine moderne. Nous voulions aussi déterminer comment se partageaient, se transféraient et s'articulaient ces connaissances autour de la maladie du VIH-SIDA. De plus, nous souhaitions observer comment les formes d'articulation des connaissances en place, à travers le modèle de Nonaka, favorisaient ou non la dynamique de création de connaissances. La présentation de notre analyse se construira donc autour de ces questions de recherche.

Le gouvernement burkinabè et les grandes organisations internationales comme l'OMS ont une vision quant au système de santé qui se traduit concrètement par une volonté de favoriser la collaboration et le partage des connaissances entre ces deux médecines. La formulation d'une vision est essentielle à la création de connaissances chez Nonaka, et constitue une des composantes du modèle. Elle est d'autant plus intéressante si elle est accompagnée, comme c'est le cas du Burkina Faso, d'objectifs directeurs précis, que nous avons présentés dans la partie « mise en contexte ».

De plus, un des aspects intéressants de cette recherche est la découverte d'un potentiel extraordinaire en matière de création de connaissances. En effet, selon Nonaka et Toyoma (2003, p. 4) « la connaissance est créée à travers la synthétisation des contradictions entre les ressources internes et l'environnement d'une organisation ». Or justement, nous avons relevé, sur le terrain de Bobo Dioulasso, plusieurs contradictions entre des ressources internes du

milieu médical, reflet d'une médecine moderne, et son environnement, la culture, l'histoire, les traditions dans lesquels il s'intègre, et qui sont pour leur part le reflet d'une médecine traditionnelle. Ce terrain nous a donc semblé être un terreau excessivement fertile à la création de nouvelles connaissances. Est à noter la présence, sur le terrain, de toutes les formes de savoirs et de tous les styles de compétences reflétant la complexité de l'environnement : médecins, chercheurs ou cliniciens, occidentaux ou burkinabè avec formation biomédicale, tradipraticiens, associations d'aide aux malades locales ou occidentales, traducteurs, etc. Identifiée sous le concept de **variété requise**, cette condition est essentielle au partage et à la création de connaissances chez Nonaka.

Cependant, un potentiel de création de connaissances et une volonté institutionnelle de partager les connaissances, sont certes des conditions fondamentales, mais elles ne sont pas suffisantes.

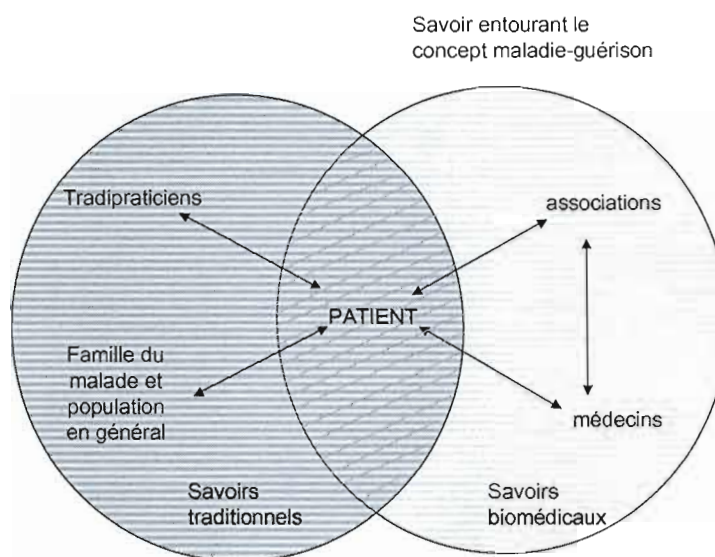
Ainsi, au niveau du terrain et des acteurs, il semble que l'on ne partage pas toujours en pensée et quasi jamais en pratique, ces nouveaux objectifs.

Pourtant, le projet d'une collaboration entre médecins « soigneurs de corps » et tradipraticiens « soigneurs d'âme » permettrait de composer avec la complexité de la réalité « guérir » qui s'entend à l'OMS comme un mieux-être pas seulement physique, mais aussi mental et social.

## 6.1 ÉTAT SUR LE TERRAIN : DEUX TYPES DE SAVOIRS

Nous nous apercevons sur ce terrain de la masse énorme de connaissances qui entoure le concept de la maladie. De la définition aux logiques d'action qui sous-tendent les soins, une somme considérable de connaissances diverses et multiples, est observable en médecine, qu'elle soit moderne ou traditionnelle. Nous avons le sentiment que la distinction entre médecine moderne et médecine traditionnelle est la démonstration que les connaissances sont abordées sous différents points de vue et selon différentes logiques. À ce propos Nonaka et Toyoma (2003, p. 3) rapportent qu'« à cause de la rationalité limitée de l'être humain, une organisation est obligée de composer avec une réalité complexe. La réalité est découpée en bout d'informations, qui sont assez petites et assez simples, pour qu'une personne puisse

l'intégrer. Puis l'information est traitée et rassemblée par les membres de l'organisation afin que l'ensemble puisse composer avec une réalité complexe ». Ainsi, nous ont été décrites les médecines traditionnelles et modernes, où les tradipraticiens étaient plutôt des guérisseurs d'âme et s'occupaient de l'homme dans sa globalité, alors que les médecins modernes étaient des guérisseurs du corps et s'occupaient de l'organisme. Il pourrait donc être ici question de la division d'un ensemble complexe que serait le concept « maladie — guérison » et que nous présentons dans la figure 6.1.



**Figure 6.1** La présence de différents savoirs et de différents acteurs autour du concept de maladie-guérison.

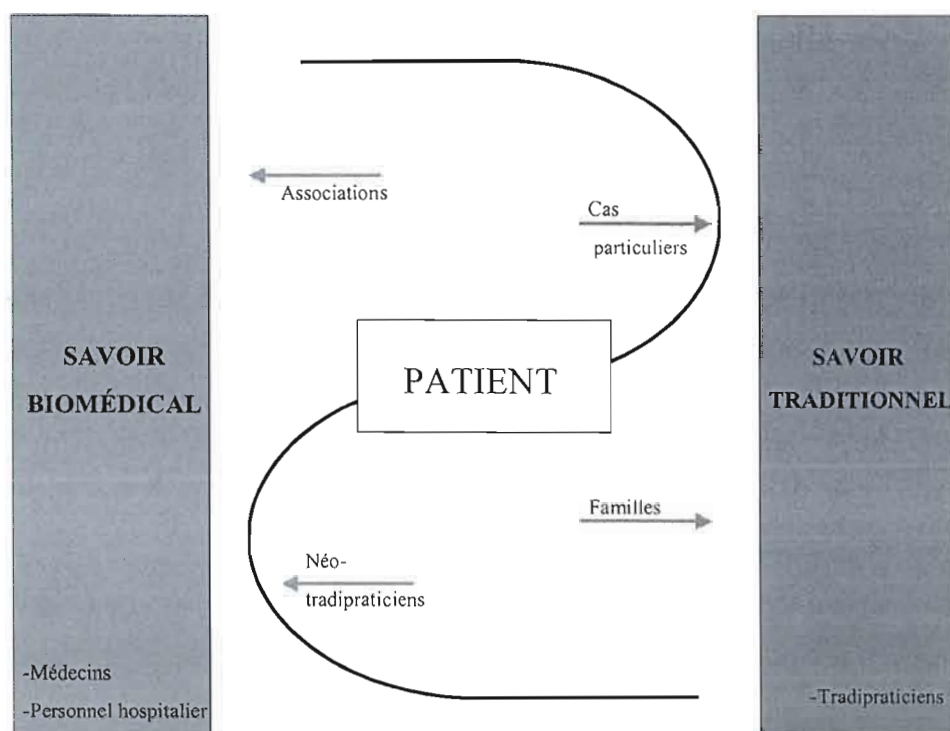
Nous sommes donc en présence de deux savoirs. D'une part, le savoir de la médecine traditionnelle qui peut être assimilé à un savoir autochtone puisque, dans la littérature, la définition lui correspond exactement (Piron, Ringtounda, 1994; Ellen et Harris, 2000; Grenier, 1998). En effet, il s'agit d'un savoir-faire traditionnel, propre au contexte culturel de



l'Afrique de l'Ouest, qui est maintenu et développé par des personnes (les tradipraticiens) qui connaissent une interaction étroite avec la nature. Il est exprimé et préservé dans les mémoires par la répétition. Nous avons vu que chez les tradipraticiens, le mode de transfert est exclusivement oral ou pratique : le savoir n'est pas explicité. Par ailleurs, le savoir autochtone est perçu comme un système cognitif qui inclut la spiritualité et la conception du monde. Le savoir traditionnel est très lié au sort et à l'équilibre sociétal.

D'autre part, le savoir qui entoure la médecine moderne est caractéristique du savoir biomédical puisqu'il est un savoir rationnel et scientifique, excessivement explicité.

Si nous observons la multiplicité des savoirs, il est aussi important de souligner la multiplicité des acteurs. Certains sont les tenants d'un savoir strictement traditionnel, d'autre d'un savoir strictement biomédical, mais nous pensons que la majorité vit et connaît les deux savoirs.



**Figure 6.2** L'espace thérapeutique du patient

Ainsi, nous avons vu, lors du bilan des entrevues et des observations, qu'il existait plusieurs acteurs dans l'espace thérapeutique du patient que nous présentons dans la figure 6.2 : des patients dont le parcours thérapeutique sinusoïdal côtoie le savoir traditionnel et le savoir biomédical; des médecins et du personnel hospitalier, qui, sauf dans quelques cas particuliers, appartiennent au savoir biomédical; et des tradipraticiens, qui appartiennent au savoir traditionnel. Nous verrons plus tard, l'émergence de la nouvelle génération de tradipraticiens qui se rapproche du savoir biomédical. Étant donné la multiplicité des acteurs et des interactions, nous délimitons notre analyse aux interactions entre les groupes de médecins et de tradipraticiens.

## 6.2 L'ARTICULATION DE CES DEUX TYPES DE SAVOIRS SUR LE TERRAIN DE BOBO DIOULASSO

Les phénomènes étant interreliés, une présentation de l'analyse sous forme de sous-sections reprenant les étapes et les conditions du modèle, nous semble difficile. Nous présenterons donc notre analyse en reprenant les grandes étapes du processus SECI, au sein duquel nous aborderons les composants et les conditions du modèle. Nous invitons le lecteur à revenir sur les parties traitant du cadre conceptuel et de la littérature pour réintégrer le modèle de Nonaka dans notre problématique.

### 6.2.1 Un phénomène de socialisation cloisonné.

La socialisation, qui consiste en un processus de partage d'expériences, est largement observable au sein même du monde médical moderne comme au sein du monde médical traditionnel.

Comme nous l'avons vu lors de la présentation de nos résultats, les modèles mentaux et les aptitudes techniques sont acquis, chez les tradipraticiens, par compagnonnage et surtout, par transmission orale. Chez les médecins, les connaissances sont transmises par les cours magistraux, mais comme le souligne Nonaka et Takeuchi (1997, p. 84) « le seul transfert d'informations aura en général peu de sens, s'il est abstrait des émotions associées et des contextes spécifiques dans lesquels les expériences partagées sont scellées ». On comprend alors que certains médecins, mentionnent que l'essentiel de leurs connaissances ait été acquis sur le terrain, à travers les stages et les expériences personnelles.

La socialisation chez Nonaka et Takeuchi (1997, p. 84) « réoriente les modèles mentaux de tous les individus dans la même direction, mais pas par la force ». Ainsi, puisque le phénomène de socialisation est observable au sein de chacune des médecines, nous pensons que l'une comme l'autre oriente chacun de ses membres vers une manière type de penser et d'agir. Cette construction de l'esprit, conduit à notre avis, à la constitution d'un système de pensée, d'un Ba. Il existe en effet, une sorte de système de pensées, entendu comme un prisme, au travers duquel les individus comprennent, analysent et jugent leur environnement. La formation que reçoivent les médecins, les connaissances acquises et les expériences partagées avec leurs pairs vont favoriser une certaine compréhension du monde, une certaine conception de leurs rôles, une certaine manière d'envisager leur interaction avec leurs réalités. Elle peut alors servir de barrière à l'ouverture à d'autres explications.

Abordé de différentes manières dans la littérature managériale, nous pensons qu'elle correspond chez Nonaka et Konno (1998), à l'« originating Ba ». Dans ce dernier, rappelons que les individus y partagent leurs sentiments, leurs émotions, mais aussi leurs modèles mentaux. Il s'agit chez Sveiby (2000) d'une limite du caractère tacite des connaissances, qui pousse l'individu à ne voir que ce qu'il a appris ou chez Chevrier (2000), de la culture de métier au sein de laquelle se développent un langage et un mode de fonctionnement.

Nous traitons dans cette partie essentiellement du système de pensée des médecins modernes, et ce, pour deux raisons. La première est que nous avons été plus facilement en contact avec eux et que le phénomène nous est apparu très clairement et de différentes manières tel que nous l'avons exposé dans la présentation de nos observations de terrain. Deuxièmement, parce que la médecine moderne, comme nous l'avons vu dans la revue de littérature, est caractérisée par un savoir à caractère universaliste explicite que l'on n'a pas retrouvé chez les tradipraticiens.

Quelques exemples tirés des résultats présentés nous permettent de souligner cet ancrage dans un système de pensées.

Le premier se retrouve dans le discours des médecins. Lorsqu'ils définissent la médecine moderne par rapport à la médecine traditionnelle, ils affirment la supériorité incontestable de la première sur la seconde. Non seulement en termes de résultats, mais aussi en termes de

logique. L'une est objective, prouvée, contrôlée, évaluée, l'autre est subjective, abstraite, aléatoire. Ceci est non seulement observable dans les discours des médecins modernes sur leur science, mais aussi dans leur attitude dans la mesure où on les voit tenter de rallier par tous les moyens, le patient à leurs explications. L'explicitation de leur savoir par le biais de métaphores, d'images, témoigne de la masse extraordinaire d'énergie mise en place pour convaincre le patient d'adhérer à cette logique.

De même, la force du système de pensée se retrouve aussi dans les solutions ou les pistes de solutions que proposent les médecins pour favoriser la collaboration entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle. Ces propositions sont le fruit d'une pensée scientifique positiviste : il faut un contrôle des tradipraticiens. Mais c'est avec une certaine logique que l'on envisage le contrôle des tradipraticiens : identification, accréditation, appartenance à un groupe auquel on peut imputer une responsabilité, essais cliniques pour les plantes et potions utilisées... en somme une conception du contrôle très proche du contrôle exercé dans le domaine biomédical.

Dans le même ordre d'idée, la majorité des médecins explique l'engouement pour les tradipraticiens avec des arguments qui semblent à l'image de leurs sciences, c'est-à-dire très rationnels : on parle d'accessibilité monétaire, de proximité physique ou de réaction psychosomatique.

« Quand la médecine n'arrive pas à guérir quelque chose, cela devient de la psychosomatique, c'est-à-dire que c'est le psychique qui est responsable de ça, mais bon, une fois que t'as dit ça, qu'est-ce que tu fais pour les patients qui pour la plupart refusent le psychologue ou le psychiatre ? Donc, ils sont coincés, ça n'apporte pas de réponse »<sup>137</sup>.

Enfin, certains médecins déclarent mieux s'entendre avec des médecins étrangers qu'avec des tradipraticiens de leur pays, phénomène qui nous semble caractéristique de la culture de métier et qui est d'ailleurs abordé dans l'étude par Chevrier (2000, p. 48) où l'auteure constate que « la logique des métiers l'emporte sur la logique des projets ». Ainsi, en adhérant à un corps de métiers aux perspectives universalistes, le médecin tend à rejeter les

---

<sup>137</sup> Répondant 1 : Médecin, 40-60 ans, masculin, français; entretien exploratoire, Paris France.

modes de fonctionnement locaux. Le travail en vase clos et la non-communication entre les deux parties semblent aussi exacerbés par le fait que les tradipraticiens n'écrivent pas leurs savoirs et gardent le silence.

Cette forme de pensée est observable dans tous les milieux, mais est d'autant plus intéressante dans le contexte médical africain. En effet, comme nous le verrons plus tard, le contexte médical africain est fortement emprunt d'un paradigme de modernité qui va venir radicaliser l'attitude des médecins.

Si le processus de socialisation est observable au sein même de chacune des médecines, il n'est pas observable entre les deux médecines sur le terrain de Bobo Dioulasso. À l'exception de quelques cas particuliers que nous traiterons dans la dernière partie de notre analyse, nous allons voir ci-après que médecins et tradipraticiens ne semblent pas collaborer ou plus précisément ne semblent pas socialiser entre eux.

#### 6.2.2 Un phénomène de socialisation inexistant entre les deux savoirs

Sur le terrain de Bobo Dioulasso, de manière générale et dans les limites de nos observations, il n'y a pas de partage de connaissances tacites entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne au sens où l'entend Nonaka.

La phase de socialisation, excessivement importante chez Nonaka et qui correspond au partage des connaissances tacites est, selon nous, inexistante pour les raisons que nous présentons maintenant et qui relèvent des lieux de socialisation, des « Ba » en présence, de l'environnement, du manque de reconnaissance, de la langue, de la vision et de l'absence de confiance.

##### 6.2.2.1 Les lieux de socialisation

Le processus de socialisation requiert d'abord et avant tout, des lieux de socialisation dans lesquels les individus peuvent échanger leurs savoirs tacites. On note que sur le terrain de Bobo Dioulasso, il n'existe pas de lieux de socialisation. Bien que nous ayons entendu parler d'une rencontre mêlant tradipraticiens et médecins, nous n'avons pas été en mesure de rencontrer l'organisateur de ce forum qui a eu lieu à Ouagadougou, capitale du Burkina Faso.

Les quelques lieux où les deux types de connaissances se rencontrent à Bobo Dioulasso, sont les salles de consultation. En effet, il s'agit d'un lieu physique où l'on retrouve le médecin ou un membre du personnel médical, tous deux tenants d'un savoir biomédical de la médecine moderne, et un patient, souvent plus à l'aise avec le savoir traditionnel. Dans ces cas-là, nous observons un partage explicite de connaissances. Par exemple, on a pu voir, lors de nos rencontres avec les infirmiers, que les patients écoutaient tandis que les premiers tentaient d'explicitement aux seconds la conception biomédicale de la maladie. En effet, puisque c'est cette logique qui est à la base de la conception des traitements, mais aussi de la prévention, le patient a besoin d'y adhérer pour comprendre et suivre correctement le traitement. Mais, il ne s'agit pas, au sens de Nonaka, de lieux de socialisation. D'abord parce que le savoir partagé est explicite, ensuite parce que ce savoir n'est pas véritablement partagé, mais plutôt transféré de la médecine moderne vers la médecine traditionnelle.

Comme nous n'avons pas pu observer de lieu de socialisation, nous nous interrogeons sur la présence d'un Ba favorisant le partage de connaissances entre acteurs de la médecine traditionnelle et biomédicale puisqu'il est l'élément vital de la socialisation.

#### 6.2.2.2 Les Ba en présence dans le système de soin bobolais

Défini comme un espace de partage, le Ba est un contexte dans lequel s'entretient le sens et qui permet l'émergence de relations. Nous supposons alors l'existence de plusieurs Ba auxquels appartiennent les différents acteurs :

- un Ba biomédical, qui engloberait les médecins et le personnel hospitalier dont la compréhension de la maladie et les modèles mentaux sont réglés sur les savoirs scientifiques de la médecine moderne;
- un Ba traditionnel, qui engloberait une majorité de la population ainsi que les tradipraticiens dont la compréhension de la maladie et les modèles mentaux sont conformes aux savoirs traditionnels;

De manière générale, parce qu'une fois de plus il faut préciser qu'il existe des exceptions, l'imperméabilité entre les Ba se traduit par un manque de partage des connaissances.

### 6.2.2.3 L'environnement ou le paradigme de modernité

Le milieu médical burkinabè évolue dans un environnement très particulier caractérisé par son ambiguïté. Dans le modèle de Nonaka, l'environnement est indispensable à l'organisation puisqu'une fois en interaction, il lui permet de créer de la connaissance. À notre sens pourtant, nous sommes en présence d'un environnement ambigu, marqué du paradigme moderne, mais aussi de la prégnance de la tradition.

En ce qui concerne, le paradigme moderne, on remarque que la médecine biomédicale est aussi appelée médecine moderne. Venue de l'Occident, elle est largement diffusée et accessible, car elle est abondamment explicitée et bénéficie aussi du paradigme moderne qui consiste à valoriser la modernité, sans condition. Le savoir biomédical devient alors « la vérité ». Ainsi, lorsque la médecine traditionnelle, qui, elle, est née en Afrique, est comparée à la médecine moderne, on a le sentiment, par le choix des adjectifs, qu'elle est dévalorisée. En effet, l'adjectif moderne qui signifie actuel, contemporain, sous-entend qu'elle bénéficie des progrès récents de la technique, en somme, qu'elle est de son temps. La médecine traditionnelle apparaît alors d'un autre temps. Le discours caractéristique du médecin burkinabé qui compare la médecine traditionnelle aux sorcières de l'Europe qui ont été chassées dans un mouvement de développement, entend le développement comme une marche inéluctable dont le point de repère le plus avancé est l'Occident. À l'instar des anthropologues évolutionnistes (Chevrier, 2000) il n'existerait qu'une seule voie d'évolution; à la manière des sciences de la nature, et c'est celle de l'Occident. On rentre alors dans une logique de comparaison et de rattrapage avec les pays occidentaux.

Ainsi, en même temps que la médecine moderne est magnifiée, elle apparaît aussi en décalage avec les réalités du terrain, puisqu'une autre partie de l'environnement dans lequel évolue le milieu médical est caractérisé par la prégnance de la tradition.

Selon Nonaka, l'organisation et son écosystème doivent évoluer ensemble plutôt que séparément. Or pour le moment, le paradigme moderne, comme caractéristique de l'environnement, semble être davantage pris en compte.

#### 6.2.2.4 Le manque de reconnaissance

Le manque de reconnaissance de la médecine traditionnelle et la faible crédibilité accordée à ses savoirs sont dus à la force du Ba biomédical, doublé de la puissance du paradigme de modernité. Il est à noter que l'existence de charlatans parmi les tradipraticiens alimente, à juste titre, ce manque de reconnaissance.

La nécessité de reconnaître la validité, la crédibilité de l'autre savoir est pourtant une condition *sine qua non* du partage de connaissances explicites mais aussi tacites et donc, plus généralement, de la phase de socialisation.

#### 6.2.2.5 Langue, langage et concepts

La question de la langue, non seulement au plan linguistique, mais aussi conceptuelle est abordée par d'autres auteurs que Nonaka. Chez Chevrier (2000) aussi, le langage est un élément important : reflet d'une culture de métier, s'il permet de se reconnaître et de s'exprimer pour les membres d'un même corps de métiers, le langage, en tant que jargon, peut rapidement constituer une barrière pour les non-initiés. Holden (2001), Tarondeau (1998), mais aussi Nonaka et Takeuchi (1997) présentaient, dans la revue de littérature, le langage comme une barrière au partage des connaissances.

Sur le terrain, en ce qui concerne la langue, cette limite est traduite par les propos des médecins qui disent avoir du mal à communiquer avec les patients. La langue qui prime en présence des médecins est le français. Ils ont appris et transmettent les concepts médicaux en français. Ainsi, le patient peut, non seulement, ne pas comprendre le Français, mais aussi ne pas comprendre les concepts abordés. Par ailleurs, le français n'est pas neutre et renvoie au paradigme de modernité. La présence des associations tend à amoindrir ce phénomène en servant de traducteur, mais c'est la compréhension et les messages biomédicaux qui sont véhiculés. Il est à rappeler, qu'au Burkina Faso, il existe plus de 60 dialectes, que sur le terrain de Bobo Dioulasso, trois d'entre eux étaient majoritairement utilisés soit le moré, le dioula et le fulfuldé. La compréhension et la maîtrise du Français sont réservées à ceux qui sont allés à l'école.



#### 6.2.2.6 La vision et les objectifs directeurs

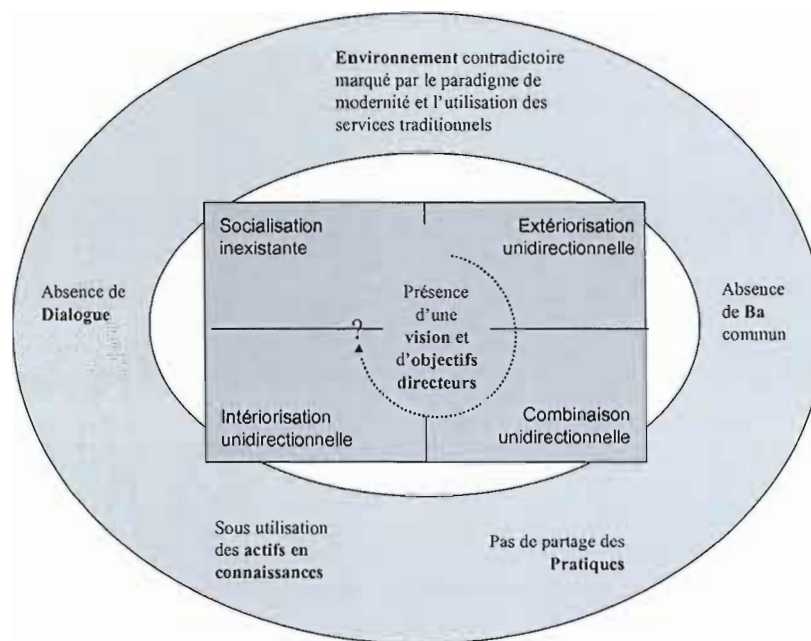
Enfin, la vision et les objectifs directeurs vont chez Nonaka « définir un système de valeurs consistant pour évaluer et justifier le savoir créé dans l'organisation » (Nonaka et Toyoma, 2005, p. 424). Dans notre cas, l'organisation représente l'ensemble du système de soin de santé. La « knowledge vision » de la médecine moderne est-elle imprégnée de positivisme et de scientisme ? Nous pensons qu'il existe différents types de visions et d'objectifs directeurs. En effet, si, officiellement, au niveau ministériel, la vision et les objectifs directeurs tendent au partage des connaissances par le biais d'une dizaine d'objectifs (Cf. Chapitre I), au niveau individuel, nous avons vu que chez beaucoup de médecins, ce n'était pas le cas. Une diversité des intentions divergentes ne favorise pas le partage des connaissances. Nous entendons par intention, l'aspiration de l'organisation vers ses buts, ses intentions stratégiques et ses systèmes de valeurs. Si l'intention ultime de tous est de guérir le patient, les systèmes de valeurs qui y sont associés sont différents selon les acteurs et exclusifs. Chez Nonaka et Takeuchi (1997, p. 98), « l'intention organisationnelle fournit le critère le plus important pour juger la validité et la véracité d'un élément donné de connaissance. Sans l'intention, il serait impossible de juger la valeur des informations ou des connaissances perçues ou créées ». Ainsi, le recours systématique aux adjectifs subjectifs irrationnels, pour qualifier la médecine traditionnelle démontre le faible degré de validité et de véracité accordé à la médecine traditionnelle et la vague volonté de partager les connaissances.

#### 6.2.2.7 L'absence de confiance

Notons enfin, l'absence de confiance entre les acteurs des deux savoirs. Au même titre que la reconnaissance de l'autre savoir, la confiance entre les acteurs est une condition excessivement importante lors de la phase de socialisation. Nous avons vu, dans la présentation de nos résultats que si les tradipraticiens sont vus comme des charlatans, les médecins sont perçus comme des voleurs de molécules actives. Le problème du manque de confiance entre les acteurs est alors double, puisque si par manque de confiance, les acteurs refusent de se rencontrer, c'est en ne se rencontrant pas qu'ils alimentent leurs suspicions respectives.

### 6.2.3 Les autres phases

La phase de socialisation étant inexistante, nous ne constatons, comme le montre la figure 6.3, qu'une illustration incomplète des trois dernières phases. Pour celles-ci, nous verrons que si les différents concepts et processus sont tout à fait observables, le mouvement est essentiellement unidirectionnel : de la médecine biomédicale vers les tradithérapeutes.



**Figure 6.3** La dynamique du modèle de Nonaka dans le système de soins de santé à Bobo Dioulasso.

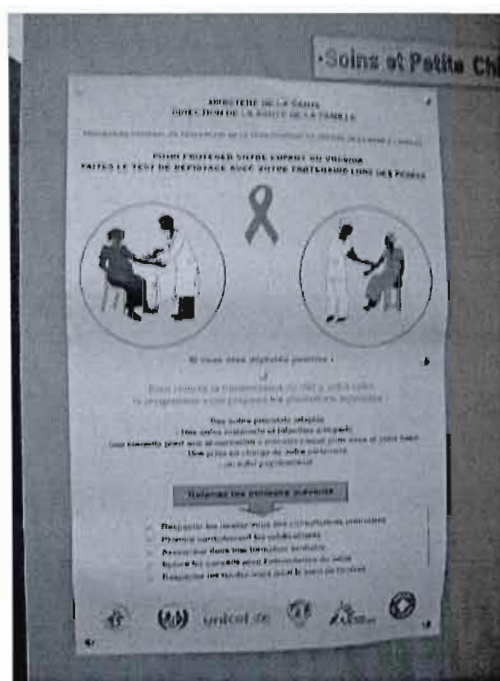
#### 6.2.3.1 L'extériorisation

Si nous examinons la phase d'extériorisation, qui consiste à transférer les connaissances tacites en connaissances explicites, plusieurs phénomènes sont intéressants.

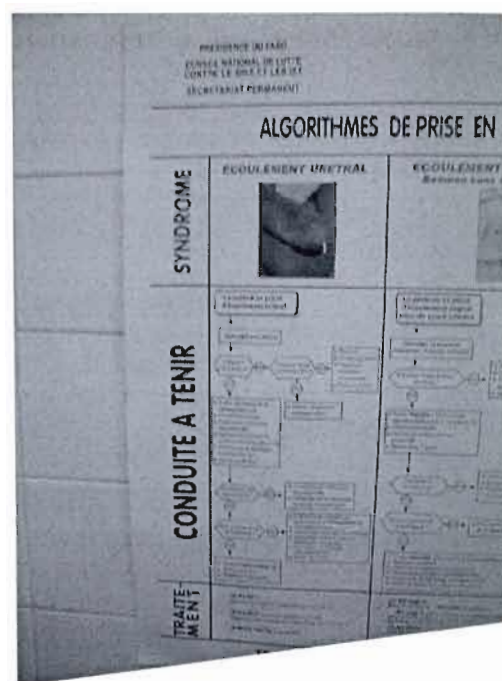
Premièrement, chez les tradipraticiens, nous n'avons pas observé d'explicitation des connaissances. Or selon Nonaka et Takeuchi (1997, p. 85), « écrire est un acte de conversion

de connaissances tacites en connaissances explicites ». On remarque alors que la culture traditionnelle ne procède pas au partage de connaissances explicites puisqu'elle ne fonctionne en général que sur le mode oral.

En revanche, la phase d'explicitation est très riche en médecine moderne, par la publication d'articles évidemment, mais aussi par la présence d'affiches qui invitent, en langue locale ou en français, la population à se protéger ou à suivre les bonnes manières de faire.



a) Dans un hôpital : affiche à l'intention des patients suggérant la marche à suivre pour les personnes dépistées séropositives.



b) Dans un hôpital : affiche à l'intention du personnel hospitalier. Tableau à double entrée qui indique en fonction des symptômes, la conduite à suivre et les traitements à administrer.

**Photos 5** : L'explicitation du savoir biomédical par l'affichage. Mai 2006.

Nous ne parlons pas ici des articles scientifiques qui sont destinés à la population médicale et qui contiennent le vocabulaire biomédical, mais plutôt des articles de vulgarisation qui

s'adressent à la population. Nous nous intéressons, ici à l'explicitation des connaissances envers l'autre partie ou encore inter-Ba et non au sein de chacune d'elles.

Ainsi, et c'est le second point, la phase d'extériorisation entre médecine moderne et médecine traditionnelle se fait au travers d'acteurs particuliers. En effet, il n'existe de phase d'extériorisation qu'avec une certaine partie des tradipraticiens, la nouvelle génération, présentée aussi par Dozon (1996) comme celle des néo-tradipraticiens. Ces derniers, au contact de la médecine moderne et de l'environnement moderne, ont intégré dans leurs manières de faire, quelques techniques caractéristiques du monde biomédical comme l'étiquetage des produits, mais surtout la compilation écrite des savoirs.

Nous avons aussi pu percevoir cette phase entre les médecins ou les infirmiers (tenants de l'explication biomédicale) et les patients (tenants de la culture traditionnelle) qui ont du mal à intégrer les concepts biomédicaux. L'explicitation des concepts biomédicaux prend différentes formes, identifiées par Nonaka comme les métaphores, les analogies, les schémas. Le processus d'explicitation produit des objets transactionnels comme le schéma présenté dans le chapitre V à la page 118.

Il existe aussi un partage de connaissances explicitées, des patients vers les médecins, puisque de temps en temps, les patients mentionnent qu'ils vont chez les tradipraticiens, suggérant ainsi une autre étiologie de la maladie. Les médecins vont alors faire quelques ajustements pour tenir compte de la réalité comme nous le verrons dans la phase de combinaison.

Suite à ces observations nous considérons donc qu'il s'agit d'une phase d'extériorisation un peu particulière, car contrairement à l'esprit du modèle de Nonaka qui prône le partage du savoir explicité, le savoir explicité est ici essentiellement l'œuvre du médecin.

#### 6.2.3.2 La combinaison

La combinaison est un processus de systématisation des concepts nouvellement explicités en système de connaissances. Cette phase est observable de manière très intéressante chez la nouvelle génération des tradipraticiens. Nous avons vu en effet que ces derniers, au contact d'un monde médical moderne omniprésent et à la suite de formations, en venaient à modifier

leurs savoirs et à combiner les connaissances. Ils mentionnent notamment la distinction entre maladies naturelles et non naturelles (ou sort). De même, ils adoptent de nouvelles manières de faire et utilisent des techniques caractéristiques du monde médical moderne, comme la compilation écrite de l'ensemble de leurs savoirs dans un recueil, et aussi l'étiquetage et l'emballage de leurs produits (Cf. photos p. 94; chapitre V).

Du côté de la médecine moderne, le contact avec des patients qui vont voir les tradipraticiens s'est traduit par la modification des dossiers de patients de l'hôpital Souro Sanou. En effet, sur le dossier des patients, une case « tradithérapie » permet d'indiquer au médecin si le malade est sous médication traditionnelle.

Bien que cette indication puisse a priori aider le médecin, la méconnaissance des potions et le mutisme des patients exposés dans la partie « présentation des résultats » (que nous assimilons à l'absence de phase de socialisation), tend à annuler l'intérêt de cette information. Même si elle est mineure, il s'agit ici d'une illustration intéressante de la phase de combinaison.

## CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SOURO SANOU (CHUSS) BOBO-DIOULASSO - BURKINA FASO

SERVICE DE : \_\_\_\_\_

N° DE DOSSIER DU SERVICE :

CHEF DE SERVICE : \_\_\_\_\_

MEDecin RESPONSABLE : \_\_\_\_\_

N° DE QUITTANCE :

NOM : \_\_\_\_\_ EPOUSE DE : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

Fils/Fille de : \_\_\_\_\_ et de : \_\_\_\_\_ CIN :

SEXE : ☐ AGE :       CULTE : \_\_\_\_\_ ETNIE : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE :       ADRESSE : \_\_\_\_\_

TEL :       ZONE DE RESIDENCE :

Bobo ou province

PERSONNE A PREVENIR : \_\_\_\_\_

STATUT MATRIMONIAL : ☐ PROFESSION : ☐ NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE : ☐

(choisir pour les enfants) 1 = collatéral 1 = solitaire 2 = particulier 1 = Fils 2 = Moins 3 = Faible

2 = mariage 3 = polygame 4 = mariage 5 = divorce 3 = cultivateur 4 = autre

LIEU DE VIE : ☐ 1 = parent 2 = non-hôte 3 = hôte 4 = sans domicile 5 = autre

DATE D'ENTREE :       MODE D'ENTREE : ☐

1 = consultation 2 =urgence

MODE DE REFERENCE : ☐ 1 = sans référence 2 = cabinet privé 3 = USPS 4 = CM 5 = CMX 6 = CHR 7 = transfert 8 = autre

NOM PERSONNE OU ORGANISME : \_\_\_\_\_

qui relate 1 = marié 2 = célibataire

DATE DE SORTIE :       MATIN/APRES MIDI ☐ MODE DE SORTIE ☐

1 = guérison 2 = décès 3 = autre accord de la famille 4 = transfert 5 = refusé 6 = sans avis médical 7 = contre avis médical 8 = décès

TRADITHÉRAPIE : ☐ 1 = oui 2 = non

### DIAGNOSTICS

DIAGNOSTIC PRINCIPAL : \_\_\_\_\_

chapitre 1     sous-chapitre 1     code 1     code b1

DIAGNOSTIC SECONDAIRE 2 : \_\_\_\_\_

chapitre 2     sous-chapitre 2     code 2     code b2

DIAGNOSTIC SECONDAIRE 3 : \_\_\_\_\_

chapitre 3     sous-chapitre 3     code 3     code b3

DIAGNOSTIC SECONDAIRE 4 : \_\_\_\_\_

chapitre 4     sous-chapitre 4     code 4     code b4

INFECTION NOSOCOMIALE : ☐ 1 = oui 2 = non

Photo 6 : Dossier de patient de l'hôpital Sourou Sanou. Mai 2006.

### 6.2.3.3 L'intériorisation

La phase d'intériorisation est aussi perceptible sur le terrain. Mais, à l'instar des phases d'extériorisation et de combinaison, elle est surtout le fait de la médecine traditionnelle qui intègre les notions et les concepts de la médecine moderne. L'intériorisation est un processus d'incorporation de la connaissance explicite en connaissance tacite. Nous avons noté lors d'une entrevue, qu'un des tradipraticiens de la nouvelle génération nous expliquait pouvoir faire la différence entre une maladie naturelle et une maladie non naturelle, par le biais de son diagnostic. Outre l'utilisation du concept de maladie naturelle et non naturelle, que nous avons plutôt compris comme une illustration de la phase de combinaison, l'emploi d'un vocabulaire biomédical comme « *le diagnostic* » souligne, à notre avis, l'intériorisation des ces nouvelles connaissances. Étant étroitement lié à « l'apprentissage en faisant », le fait que le nouveau tradithérapeute commence tout juste à travailler avec quelques médecins nous montre qu'il s'agit effectivement d'une phase d'intériorisation.

L'organisation même des tradipraticiens en association, relève d'une intériorisation du mode de fonctionnement « moderne » qui est devenu aujourd'hui leur propre mode de fonctionnement.

## 6.2.4 Une ébauche de conclusion

### 6.2.4.1 Sur le site de Bobo Dioulasso

De manière globale, sur le site de Bobo Dioulasso, nous n'avons donc pas constaté de partage de connaissances entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne au sens de Nonaka. En effet, l'absence d'une phase de socialisation permettant de partager les savoirs tacites ne permet pas d'aborder les phases d'extériorisation, de combinaison et d'intériorisation dans leur intégralité. L'absence de lieux de socialisation, le manque de confiance entre les acteurs, l'insuffisante explicitation du savoir traditionnel, la force d'un système positiviste de pensée dans un environnement dominé par le paradigme de modernité, mais aussi la méconnaissance et la discréditation (justifiée ou non) du savoir traditionnel, sont autant de causes interreliées qui ne favorisent pas le partage tacite de connaissances.

Le processus de création de connaissances est à notre sens incomplet et il nous semble qu'il s'opère plutôt un transfert de connaissances qui se solde par la prédominance d'un savoir sur l'autre.

Ce phénomène est tout à fait observable si l'on revient sur la métamorphose de la nouvelle génération de tradipraticiens qui se tournent vers la commercialisation de leurs savoirs et la reconnaissance de ceux qui appartiennent au groupe culturel biomédical :

« Nous on aimerait que ces produits aillent au laboratoire pour être analysés. Actuellement, même si y a des tradipraticiens qui ne veulent pas, c'est rare, puisque y a certains qui veulent pas collaborer avec les associations. C'est les vieux qui souvent veulent toujours se cacher, mais ils veulent pas qu'on sache leurs secrets, mais ils sont rares. La majeure partie des tradipraticiens aimerait analyser leurs produits parce que ça amène plus de confiance à la population; ça donne plus de confiance »<sup>138</sup>.

Leurs nouvelles manières de faire, plus semblables à celles de la médecine moderne, sont d'autant plus encouragées qu'elles sont bien accueillies par la population. Ainsi, un des membres d'une association rapporte :

« Par contre, y a des tradipraticiens qui ont fait des médicaments, qui ont sorti des produits en gélules ou en comprimés. Quand ils viennent nous montrer une boîte comme ça, avec comment il faut les prendre et tout et tout, là on respecte »<sup>139</sup>

Cet accueil nous semble caractéristique et renvoie une fois de plus à l'une des raisons pour lesquelles il n'y avait pas de partage de connaissances : le paradigme de modernité. Notons ainsi en conclusion, que l'imposition de ce savoir se fait dans un environnement ambigu qui envoie les messages contradictoires et multiples d'une modernité ambiante survalorisée et d'une réalité traditionnelle qui n'est pas assumée.

---

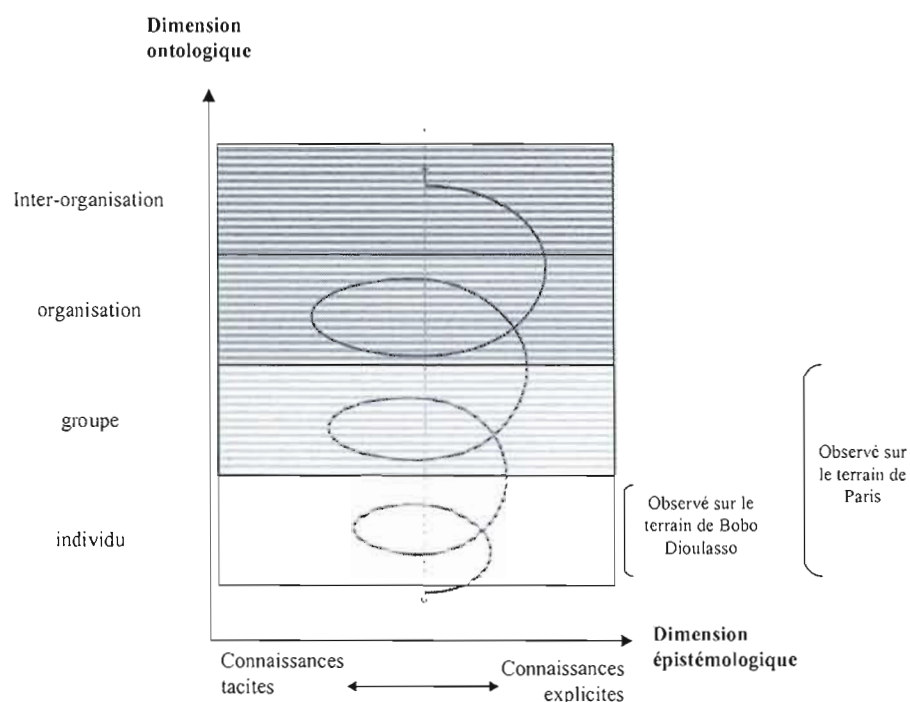
<sup>138</sup> Répondant 15: Tradipraticien (association), 20-40 ans, masculin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.

<sup>139</sup> Répondant 16: Association de et pour les malades, 20-40 ans, féminin, burkinabè; entretien semi dirigé, Bobo Dioulasso.



#### 6.2.4.2 Sur les situations particulières ou la dimension ontologique dans le modèle de Nonaka

Le modèle de Nonaka est conçu sur deux dimensions, une dimension épistémologique (connaissances tacites et explicites) et une dimension ontologique comme le montre la figure 6.4. Cette dernière dimension nous intéresse particulièrement puisque les auteurs y présentent les différents niveaux d'entités créatrices de connaissances soit : l'individu, le groupe, l'intergroupe, l'organisation,....



**Figure 6.4** Les différents niveaux ontologiques du modèle de Nonaka

Sur le terrain de Bobo Dioulasso, cette distinction est très intéressante, car nous nous sommes située jusqu'à présent au niveau des pratiques surtout observables dans les groupes de médecins ou les institutions médicales. Or au niveau individuel, nous avons observé et rencontré des médecins qui concevaient le parcours thérapeutique des malades avec les tradipraticiens. Nous abordons là, les cas particuliers que nous présentons tout au long de l'analyse pour nuancer nos propos.

Ainsi, certains médecins, de manière informelle et sporadique, envoient leurs patients voir le tradithérapeute. Lors des entrevues avec ces médecins, nous remarquons qu'ils sont ou qu'ils ont été en contact avec un tradipraticien en tant que patient. Ils ont donc une connaissance individuelle des pratiques et des savoirs tacites d'un tradipraticien auquel ils adressent un patient et qu'ils disent bien connaître aussi.

Nous relevons ici quelques éléments essentiels qui, au niveau du groupe faisaient défaut lors de la phase de socialisation :

- la reconnaissance, en tant que médecin, des limites de son savoir
- la connaissance et la reconnaissance d'un autre savoir-faire
- l'adéquation des pratiques avec l'environnement
- l'existence d'un lien de confiance entre les acteurs

Nous notons alors l'intérêt pour un médecin de se concevoir aussi comme patient dans l'abord du savoir traditionnel. Nous constatons que s'il n'y a pas de volonté individuelle, on ne peut pas espérer un partage des connaissances au niveau du groupe ou de l'organisation. Ces attitudes individuelles dont les résultats sont positifs, nous poussent à penser que l'existence d'un modèle plus complet peut exister. Afin d'envisager ce qu'il pourrait être, nous proposons, dans une dernière partie, l'analyse du travail de médecins rencontrés à Paris.

### 6.3 POUR ALLER PLUS LOIN

Pour présenter l'illustration d'un modèle de partage et de création de connaissances, plus proche de l'esprit de Nonaka, nous exposons dans cette partie du travail d'analyse, les attitudes et les actions de ces « cas particuliers » qui, sur le terrain de Bobo Dioulasso travaillent avec les tradipraticiens. Il est à noter que « travailler » s'entend ici comme une prise en charge commune, mais informelle autour du patient, puisqu'il n'y a pas de lien ou de contact direct avec le tradipraticien

Nous présentons aussi les propos de ce médecin rencontré à Paris, le Docteur B<sup>140</sup>, qui a participé à la mise en place d'une consultation toute particulière. Ce dernier intervient sur demande des médecins lorsqu'« eux-mêmes sont en difficulté ou en échec pour mettre en place un projet thérapeutique ». Le concept de cette consultation est de faire passer l'idée qu'il existe « des systèmes thérapeutiques pluriels qui fonctionnent avec des logiques différentes ». L'objectif est alors de souligner que la médecine occidentale est une façon de voir le monde, mais qu'elle n'est pas unique. Sans tenter de réfuter ce qu'apporte la médecine moderne, il s'agit simplement de laisser de la place à d'autres systèmes de pensée qui peuvent apporter quelque chose de positif au patient.

Ces acteurs hors normes, médecins français, burkinabés ou membres d'associations, à l'écoute de leur environnement, ne travaillent donc pas directement avec les tradipraticiens, mais reconnaissent néanmoins cette autre forme de savoir.

#### 6.3.1 La socialisation

Dans ce type d'approche, la socialisation est faite parce qu'il a eu chez chacun des acteurs le partage d'un espace physique ou mental avec l'autre logique.

Pour Nonaka et Toyama (2003, p. 4) « quelqu'un peut accumuler une connaissance tacite à propos de ces consommateurs en devenant ou en se percevant comme consommateur lui-même ». Extrapolé dans le contexte de notre problématique, le propos tenu n'est pas de comparer patients et consommateurs, mais juste de saisir l'esprit qui sous-tend la théorie. En effet, nous avons noté que les médecins qui envoyaient leurs patients voir des tradipraticiens avaient eux-mêmes été soignés, par un tradipraticien. S'ils avaient pu pénétrer le monde du patient et développer une connaissance tacite de ce que leur faisait le tradipraticien, c'est parce qu'eux même avaient été leurs patients. C'est aussi le cas du docteur B. rencontré à Paris et qui dit être allé plusieurs fois chez le tradipraticien, non seulement pour lui, mais aussi pour mieux comprendre son travail.

---

<sup>140</sup> Nous présentons ici le docteur B, mais ils sont plusieurs médecins à travailler de la sorte, entourés de toute une équipe. Nous simplifions en parlant de lui mais il les représente tous.

« Je l'ai déjà fait souvent, ben si tu veux comprendre comment ça fonctionne il faut essayer. Donc je l'ai fait, pas dans le monde juste tunisien, je l'ai fait, au Brésil, je l'ai fait avec des thérapeutes d'ici, pour comprendre un peu comment ils fonctionnaient. »

Cette démarche individuelle lui semble essentielle avant de pouvoir commencer le travail de groupe qu'il entreprend, lors de ses consultations.

La phase de socialisation nécessite des lieux de socialisation. Si chez Nonaka, les lieux de socialisation sont le fruit d'une construction organisationnelle, chez les acteurs rencontrés, les lieux de socialisation sont informels et relèvent, pour la plupart des répondants, du parcours personnel de chacun. Ainsi, chaque personne est mise en contact avec la connaissance tacite de l'autre, au cours de sa vie.

Le partage des pratiques est essentiel lors de la phase de socialisation, car elle permet de partager les connaissances. « La pratique configure les fondations du partage de connaissances tacites (socialisation) à travers les expériences partagées. » (Nonaka et Toyama, 2005, p. 427). En participant en tant que patient aux pratiques du tradipraticien, les médecins acquièrent la connaissance. Sur le terrain, nous avons pu noter que les médecins qui font appel aux tradipraticiens « pratiquent » dans la mesure où ils font ce que le tradipraticien leur demande de faire. Il ne s'agit pas de devenir tradipraticien, mais de partager des gestes qui font partie intégrante de la pensée traditionnelle. Si les répondants ne nous ont pas fait part de ce qui leur a été demandé de faire, nous savons qu'ils doivent, souvent faire des sacrifices, revenir sur une tombe, etc. Le patient est alors, par sa pratique, actif et impliqué dans sa guérison.

De plus, la pratique permet de transcender son propre système de connaissances ce qui s'avère être une condition essentielle au partage de connaissances. Elle est un « moyen efficace d'incarner le savoir explicite en le reconnectant à un contexte particulier pour qu'il devienne un savoir tacite. Les contradictions qui ne peuvent être résolues par une analyse objective peuvent être résolues par la synthèse des vues subjectives et des intuitions qui sont accumulées lors de la pratique. Pour cela, nous avons besoin d'écarter les notions préconçues pour observer et faire l'expérience de la réalité telle qu'elle est » (Nonaka et Toyama, 2005, p. 427). En acceptant de transcender leurs propres frontières intellectuelles,

les médecins ou les membres d'association semblent donc reconnaître l'existence d'une autre réalité. Seuls les médecins conscients des limites de leur discipline ou de leur système de pensée, reconnaissent l'existence d'une autre réalité et font appel aux tradipraticiens.

### 6.3.2 L'extériorisation

Pour Nonaka et Toyama (2003, p. 5) il est important de comprendre que lors de la phase d'extériorisation : « les acteurs cherchent à se détacher de leurs routines par une exposition active à un contexte qui leur permet de voir les contradictions inhérentes ». Le docteur B. illustre très bien ce phénomène en décrivant les situations dans lesquelles il est amené à intervenir. Ce sont des médecins qui sont en échec thérapeutique et qui ne savent plus quoi faire. Leur savoir présente des limites ou les place dans des situations contradictoires. La consultation qui se met en place a pour but de « traduire les mondes en présence (...) C'est pas simplement de la traduction de mots, c'est la traduction de concepts ». Cette traduction va passer par l'explicitation des savoirs et des points de vue de chacun des acteurs.

En effet, comme le présentent Nonaka et Toyama (2003, p. 5) « la connaissance tacite est rendue explicite afin qu'elle puisse être partagée par d'autres et devenir la base d'un nouveau savoir comme des savoirs, des images, des documents écrits. Pendant la phase d'extériorisation, les individus utilisent leurs consciences discursives et tentent de rationaliser et d'articuler le monde qui les entoure. Ici le dialogue est une méthode efficace pour partager et articuler ses connaissances avec les autres ». C'est typiquement ce qui se fait dans la consultation du docteur B où chacun explicite son savoir et où les mondes en présence sont traduits. Le docteur raconte ainsi :

« On va d'abord partir de l'histoire médicale du patient, qu'est ce que la médecine pense de ce qui arrive à ce patient. C'est la question qu'on pose au départ et on a le médecin traitant qui va ouvrir le dossier devant son patient et qui va commencer à dérouler un peu toutes les interventions qui ont eu lieu pour ce patient, et nous on est là pour faire en sorte que ces explications soient accessibles au patient. Qu'elles soient entendables dans son monde, dans son univers, qu'elles soient véritablement active : c'est le rôle du médecin qui va questionner son collègue. Je le questionne en lui disant « mais attends, mais vous avez fait cette intervention chirurgicale... À quoi ça correspondait ». Je vais essayer d'avoir un peu d'explications. Moi en tant que médecin, je sais qu'il y a des soubassements théoriques autour de l'intervention du médecin, mais je voudrais lui demander de les expliciter. À ce moment-là, il va

m'expliquer lui quelle est la logique qui a présidé à telle ou telle intervention et pourquoi on a pensé cette chose-là pour ce patient; et à ce moment-là, je vais me tourner vers le médiateur culturel avant même de me tourner vers le patient et je vais voir avec le médiateur culturel si lui a bien compris ce qui se passe, puisque lui est un profane puisqu'a priori il n'est pas médecin. Donc, je vais vérifier avec lui si les choses sont claires. On va se mettre d'accord sur une manière de transmettre les choses et à ce moment-là, il va pouvoir traduire au patient ce qu'on aura compris à la fois de la logique médicale et la manière dont on pourra la retransmettre en fonction de l'univers culturel du patient. Ça c'est la première étape, ça prend un certain temps dans la consultation (...) On se tourne à un moment donné vers le patient, une fois qu'on a fini de faire le tour de la problématique médicale et on dit : « Mais chez vous, qu'est-ce qu'on a dit ? Pourquoi ça vous arrive ces choses-là ? » Et là on rentre dans le domaine des interprétations qui ont cours et qui ont souvent été sollicitées par le patient et par ses proches, mais que le médecin ne connaît absolument pas et qui sont le monde dans lequel vit le patient ».

Nous avons vu que théoriquement les connaissances tacites sont converties en concepts explicites lors de la phase d'extériorisation. Cette conversion est, dans la théorie, rendue possible par l'utilisation de métaphores, d'analogies... Lors de la consultation, une place est laissée au dialogue entre les acteurs, pierre angulaire de cette rencontre. Or chez Nonaka et Toyama (2005, p. 426) « la synthétisation dans la création de connaissances se fait par le dialogue ».

Les acteurs arrivent ici à un niveau supérieur de Ba tel qu'entendu par Nonaka et Toyama (1998). Nous n'observons plus les « originating Ba » que nous avons caractérisés comme Ba biomédical et Ba traditionnel imperméables dans la première partie de l'analyse. Les acteurs se trouvent, à notre sens dans un « interacting Ba » où, désormais, à travers le dialogue, les modèles mentaux et les savoirs faire se convertissent en termes et en concepts communs. On peut alors le qualifier « Ba hybride supérieur », dans le sens où il ne tend ni vers le biomédical, ni vers le traditionnel.

Lors de l'« interacting » Ba, il faut sélectionner les personnes avec le bon dosage de savoirs spécifiques et de capacité à travailler en équipe (Nonaka et Konno, 1998) et ceci est tout à fait observable dans le cadre de la consultation, où l'on retrouve une pluralité d'intervenants clés.

### 6.3.3 La combinaison

Rappelons que lors de la phase de combinaison « la connaissance explicite est collectée à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisation et est combinée, éditée pour former un savoir plus complexe et systématique à travers le processus de combinaison. Le nouveau savoir explicite est alors disséminé à travers les membres de l'organisation » (Nonaka et Toyama, 2003, p. 5)

Lors de ces consultations, le médecin entend l'interprétation des souffrances de son patient et accepte l'existence d'une autre explication de la maladie. Le docteur B., ayant dernièrement assisté à l'une de ces consultations, rapporte à propos d'une femme médecin :

« Il a une influence sur l'impact dans sa technique. Dans sa technique de médecin, elle est au courant qu'y a une problématique comme ça qui lui permet d'adapter son projet thérapeutique. Mais je lui demande pas de croire que ce sont les djinnas (les esprits) qui sont responsables de la maladie de son patient. Le médecin reste avec sa propre théorie, il va continuer à intervenir dans sa théorie, il va seulement savoir qu'il y a une deuxième théorie qui est en action auquel le patient adhère et qui va permettre au patient de se mobiliser ».

Ainsi, le médecin traitant entre en contact avec une autre interprétation de la maladie, explicitée par son patient. Il va désormais pouvoir composer avec ce nouveau savoir.

### 6.3.4 L'intériorisation

Pour Nonaka et Toyama (2003, p. 5) « le savoir explicite créé et partagé à travers l'organisation est alors converti en connaissances tacites par les individus à travers le processus d'internalisation. Cette étape peut être comprise comme une praxis, dans laquelle la connaissance est appliquée et utilisée dans les situations pratiques et devient la base de nouvelles routines ». La modification de l'attitude thérapeutique du médecin semble illustrer le phénomène d'intériorisation. En effet, la consultation

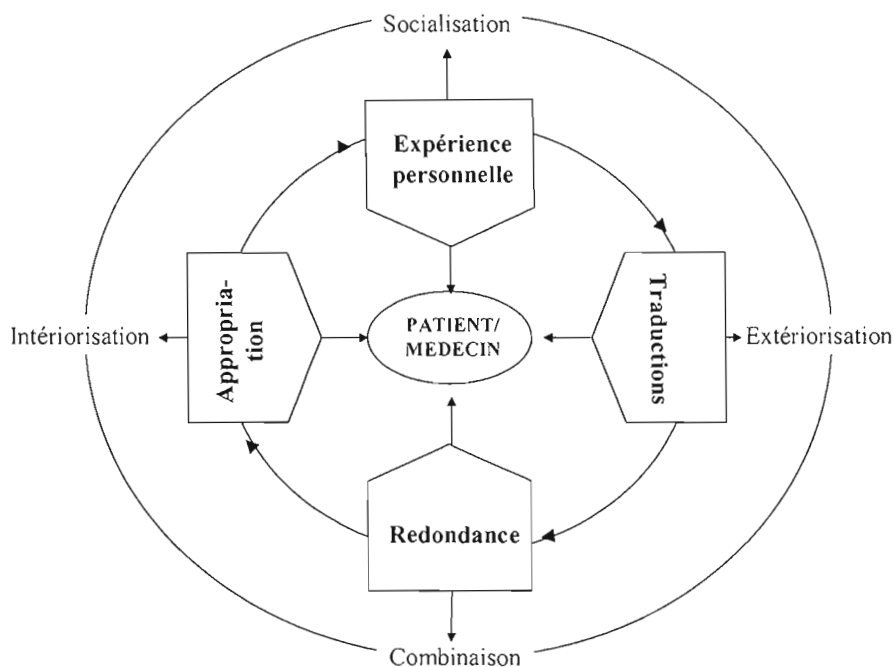
« permet au médecin de comprendre un peu mieux, qu'est-ce qui fait sens pour ce patient dans son parcours de vie, qu'est-ce qui lui arrive, et à ce moment-là, d'adapter son projet thérapeutique. Il nous est arrivé par exemple qu'un médecin renonce à des interventions chirurgicales parce qu'elle voyait que chaque intervention chirurgicale aggravait les choses et qu'en fait, l'interprétation qu'on apportait c'est qu'en fait, le patient portait quelque



chose qui empêchait qu'il soit soigné par la médecine en fait. Et donc il fallait que les deux choses se fassent de manières conjointes, d'abord qu'il se fasse lui traité avec les interprétations qu'on avait donné par rapport à ce qui lui arrivait et ensuite il pouvait aussi se faire soigner par la médecine. »

Le médecin doit alors accepter qu'il existe d'autres solutions thérapeutiques complémentaires ou alternatives.

« Et souvent le patient retourne au pays pour faire ce qu'il a à faire, rituel sur la tombe d'un père qui est décédé, un pèlerinage à tel endroit, des tas de choses, je veux dire, c'est complètement ouvert en ce qui concerne la diversité des parcours thérapeutiques ».



**Figure 6.5** Dynamique de Nonaka, lorsque les deux savoirs se rencontrent

Ainsi, dans ce type de consultation, il est possible d'observer, comme l'illustre la figure 6.5., la dynamique de création de connaissances, selon le modèle de Nonaka; et ce, aussi bien chez le patient que chez le médecin.



### 6.3.5 Les niveaux ontologiques

Nous pouvons aussi distinguer à travers les propos du docteur B., le passage à des niveaux ontologiques supérieurs. Après avoir intégré, au niveau individuel, l'existence d'une autre étiologie lors de son parcours personnel, le docteur B partage et institutionnalise ses connaissances au niveau d'un groupe.

« Le travail que l'on fait aujourd'hui est un prolongement de ce travail-là. Mais là aujourd'hui, on intervient dans des situations de patients qui mettent en échec la médecine occidentale. »

Puis en groupe, fait passer le message à un niveau supérieur :

« Y a des choses qui se passent dans le cadre de Paris XIII. Il y a un diplôme de psychiatrie transculturel qui existe là bas, qui s'adresse à des professionnels. Pas des psychiatres forcément; des médecins, des soignants qui viennent de différents horizons, et là-bas, avec C., on anime un séminaire sur la médiation interculturelle, à partir de films vidéo, on leur présente. Mais certainement on peut aller beaucoup plus loin, parce qu'à mon avis, ce type d'approche mériterait d'être présenté pendant les études de médecine... les habituer à voir d'autres modes d'univers. »

Au sein de la consultation même, on peut supposer le passage à un niveau ontologique supérieur : pour les acteurs qui font appel à lui, un nouveau contact s'effectue avec le patient et le médecin traitant :

« Ça, c'est fantastique la manière dont ce type de travail, renforce le lien entre le patient et son médecin, c'est vraiment extraordinaire ! Parce qu'ils ont plus ce conflit des choses qu'ils n'auraient jamais dit ailleurs. Ça booste le lien. »

Un véritable lien de confiance est tissé qui, à notre avis, favorise le développement d'une boucle de spirale supérieure du processus SECI.

### 6.3.6 Une conclusion à la lumière des conditions du modèle de Nonaka

Nous pensons avoir ici l'illustration d'un modèle de partage et de création de connaissances, tel que l'entend Nonaka. S'il a été possible d'observer cette dynamique, c'est parce qu'à notre sens, toutes les conditions ont été réunies.

En effet, une des premières conditions qui est pour Nonaka et Toyama (2003, p. 6) d'une importance capitale, et ce, dans toutes les phases du SECI, est la capacité à se « self-transcender ». Les répondants l'ont vivement fait savoir. Il est nécessaire de faire preuve d'une évidente ouverture d'esprit. Il faut comprendre que, comme le disent Nonaka et Toyama (2003, p. 3) « la connaissance n'est pas juste une part de la réalité, c'est une réalité vue sous un certain angle » sans quoi, « l'ensemble complexe d'un phénomène restera non découvert ». Cette ouverture d'esprit permet de faire en sorte que l'autre savoir soit reconnu et non disqualifié comme nous avons pu le constater sur le terrain de Bobo Dioulasso.

« Il s'agit pas de dire que c'est la vérité, en tout cas c'est la vérité dans ce monde, et pour moi, dans la mesure où c'est la vérité dans ce monde là c'est la vérité tout court. Donc, ça veut dire que c'est une vérité à laquelle il faut donner un statut et pas un statut de croyance ou d'interprétation...C'est un statut de vérité avec des théories qui ont cours dans ce groupe, qui fonctionnent depuis des millénaires ».

Cette ouverture d'esprit va permettre l'intégration et l'existence d'informations allant au-delà des exigences opérationnelles immédiates. Ainsi, un médecin sait qu'au-delà de la maladie purement physiologique, se cache chez le patient une explication personnelle qui justifie qu'il ait aujourd'hui cette maladie. Les médecins peuvent alors donner un sens à ce que le patient tente d'articuler. C'est la condition de **redondance** chez Nonaka. Cette dernière, va favoriser le partage de l'information et permettre à l'individu de savoir où il se trouve dans l'organisation. Le médecin est alors en mesure, s'il bénéficie de l'**autonomie** nécessaire, de concevoir que son diagnostic n'est pas absolu et d'avoir recours à de nouvelles manières de procéder.

Par ailleurs, la « knowledge-vision » et les « driving objectives », qui donnent la direction et l'énergie au processus SECI, sont ici accompagnés de l'engagement de chacun des acteurs. Pour le docteur B., le but ultime de la consultation est de faire prendre conscience aux médecins qu'il existe une autre étiologie de la maladie. Les objectifs directeurs pourraient être alors de « traduire les mondes en présence » puisque selon Nonaka et Toyama (2005, p. 425) les objectifs directeurs doivent « amener l'organisation vers une perfection inatteignable ». La « knowledge vision » qui doit être en mesure de « définir un système de valeur consistant pour évaluer et justifier le savoir créé dans l'organisation » agit ici comme un guide de l'esprit dans lequel vont se dérouler les actions.

Dans les propos du médecin, nous pouvons noter l'importance de l'engagement des acteurs, qui pourrait ici s'apparenter à **l'intention** dans le modèle de Nonaka. Il s'agit en effet de l'aspiration de l'organisation vers ses buts, de son intention stratégique, de son système de valeurs. L'intention est selon nous représentée par l'engagement dont font preuve les acteurs, aussi bien les médecins, les patients que les membres de l'équipe :

« Ce sont des médecins qui ont envie d'avoir une approche de la maladie qui n'est pas simplement organique, mais d'avoir une vision un peu plus globale. On sent des profils un peu particuliers ».

« Pour faire en sorte que les projets fonctionnent, il faut que les familles soient actives dans la construction du projet. Pour que le projet thérapeutique tienne la route, il faut que les patients soient actifs dans la construction même du projet ».

L'intention se matérialise aussi, selon nous, à travers la notion de temps et la volonté de faire, de prendre du temps. Ainsi, les consultations durent en moyenne 3 heures, ce qui demande beaucoup, en terme de disponibilité et d'énergie.

« C'est aussi difficile parce que trois heures de consultation, faut vouloir et le pouvoir. C'est une économie de temps extraordinaire par rapport à une prise en charge après. Et ça évite des tas de choses. Ça permet de mieux comprendre et de se mettre d'accord sur quelque chose. Mais dans la pratique hospitalière aujourd'hui, bon ben voilà, un patient c'est trois heures... Le système actuel est pas du tout prévu pour. »

Également, nous avons largement vu la pluralité des acteurs présents lors des consultations. Cela correspond, selon nous, à la condition de **variété requise** chez Nonaka qui consiste à rassembler au sein de l'organisation « la variété et la complexité de l'environnement afin de faire face aux défis qu'il présente » (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 107). Sont, en effet, présent, l'instigateur des consultations, le patient, sa famille, son médecin traitant, et un médiateur culturel.

On remarque que dans les consultations, le traducteur joue un rôle **déterminant**, puisqu'il va traduire les concepts d'un monde à l'autre. Ces traductions peuvent être considérées comme un objet transactionnel dans l'esprit du modèle de Nonaka. La présence de cet objet transactionnel règle, dans les consultations, un des problèmes que l'on observait à Bobo Dioulasso, où beaucoup de médecins disaient avoir de la difficulté à traduire les concepts

biomédicaux à leurs patients. Il est à noter ici que les membres des associations, dont une des nombreuses tâches est de traduire les concepts biomédicaux aux patients qui ne parlent pas le français pourraient jouer un rôle intéressant. Leur position charnière entre les deux compréhensions de la maladie leur confère un statut « d'actifs en connaissances » stratégiques au sens où l'entend Nonaka.

Enfin, on retrouve aussi à travers les propos du médecin, la **fluctuation et chaos créatif** qui chez Nonaka, représentent justement cette interaction entre l'organisation (ici le monde médical) et l'environnement externe. Le chaos créatif peut être identifié sous les traits de ces situations de crise où la médecine moderne est mise en échec par les patients qui ont une autre étiologie du mal qui les affecte. Une attitude d'ouverture aux signaux de l'environnement doit être adoptée et c'est ce que fait le docteur B.. Fluctuation et chaos créatifs font partie des conditions qui, chez Nonaka, entraînent une rupture des routines. Les individus sont amenés à reconsidérer leur façon de penser, à interroger leurs attitudes de base envers le monde. On voit comment la femme médecin, présentée dans le bilan des entrevues et des observations, a changé sa manière de faire. Selon Nonaka, « *quand la fluctuation est introduite dans une organisation, ses membres sont confrontés à une rupture des routines, des habitudes et des schémas cognitifs* ». Il y a chez les médecins une rupture avec le système de pensée dominant qui prend la science positiviste et la compréhension biomédicale de la maladie comme seule et unique vérité. Son comportement à l'égard du patient et sa manière d'intervenir en consultation, change radicalement.

« L'idée, c'est de rendre compte du lien possible à la fin de la consultation entre une théorie qui est celle du patient, (de ce qui lui arrive) et une théorie qui est celle de la médecine (à ce qui arrive à son patient) ».

En conclusion, le partage des savoirs médicaux modernes et traditionnels n'est pas qu'une illusion chimérique. Une collaboration entre les deux médecines est possible et même souhaitable, mais ne pourra être effective, comme nous l'avons vu, que sous certaines conditions.

## CONCLUSION

Nous voulions, lors de ce travail de recherche, comprendre pourquoi et comment, au Burkina Faso, s'articulent les connaissances des médecines moderne et traditionnelle qui entourent la maladie du VIH-SIDA.

L'objet du travail de recherche n'avait, à aucun moment pour objectif de prendre partie pour l'une ou l'autre des étiologies, ni de réfuter les apports de la médecine biomédicale. Nous nous plaçons plutôt dans un souci de considération de l'individu dans son ensemble, dans son milieu avec sa culture et son histoire et dans une logique de gestion de connaissances où le partage de savoirs est une source de richesse humaine inépuisable.

Nous synthétisons dans cette partie, les conclusions de notre travail mais nous présenterons aussi les limites de cette recherche ainsi que les perspectives pour de futurs travaux.

En somme, lors de cette étude, nous nous sommes aperçue qu'une volonté gouvernementale et institutionnelle tenait à ce que les connaissances en médecine moderne et traditionnelle soient partagées. Or sur le terrain de Bobo Dioulasso, même si l'existence d'un discours traditionnel sur l'étiologie de la maladie existait, le discours biomédical était prédominant. À la question de recherche comment s'articulent les connaissances entre médecine moderne et traditionnelle autour du VIH-SIDA, nous avons donc, de manière générale, non pas un partage des connaissances, au sens de Nonaka, mais un envahissement du savoir biomédical vers le savoir traditionnel.

À la lumière de modèles de gestion des connaissances, les raisons de cette prédominance, ont été présentées en détail, mais la principale explication semble résider dans l'absence de reconnaissance du savoir traditionnel. Un environnement caractérisé par le paradigme de

modernité, une faible explicitation du savoir traditionnel, un savoir biomédical à portée universaliste, des difficultés de communications linguistiques et conceptuelles, semblent favoriser le phénomène de suprématie du savoir biomédical sur le savoir traditionnel. Ceci s'est entre autre manifesté par l'émergence de ces néo-tradipraticiens dont les activités et les manières de faire se rapprochent de plus en plus du savoir biomédical. Dans la mesure où le recours à la médecine traditionnelle est un acte de fait dans la culture burkinabè, il nous semblait intéressant de montrer ou d'illustrer un modèle de partage des connaissances plus en phase avec ce que Nonaka conceptualise. Nous avons donc présenté un modèle de consultation monté par des médecins français. La reconnaissance d'une autre étiologie, la self-transcendance des acteurs qui reconnaissent les limites de leurs savoirs, ainsi que le dialogue, montrent qu'un partage est possible. Ce dernier, répondant à toutes les conditions du modèle de Nonaka, connaît des résultats très intéressants et nous pousse à admettre que le partage de connaissances est non seulement possible, mais qu'il est même souhaitable.

Ainsi, mieux se connaître pour dépasser les incompatibilités et accéder à la compatibilité parfaite est un défi à relever. En effet, puisque la proposition du guérisseur, est de s'occuper de l'âme et d'organiser globalement l'être l'humain, et que celle du médecin est, pour sa part, de s'occuper de l'organisme de l'individu, la part d'intervention de chacun est limitée alors que le savoir partagé pourrait permettre de potentialiser le tout. Cette compatibilité ne pourra se faire qu'autour d'une pensée qui ne devra pas être biomédicale, comme c'est le cas à Bobo Dioulasso, où le contrôle et le partage des savoirs avec les tradipraticiens sont actuellement pensés en fonction des paradigmes biomédicaux.

Nous avons alors tout à apprendre du patient qui entreprend des démarches auprès des deux types de médecines, mais aussi des associations qui jouent souvent le rôle de médiateurs entre les médecins et les patients.

L'intérêt de la recherche était donc d'apporter un regard managérial tiré du champ de la gestion des connaissances à cette vaste problématique, par ailleurs traitée par d'autres disciplines. Nous pensons que le modèle de création de connaissances, garant d'innovations dans les milieux habituellement abordés en gestion des entreprises et des organisations peut aussi être intéressant pour le monde médical et faire progresser la prise en charge du patient. L'apport en terme scientifique est aussi l'analyse d'un cas particulier, d'une organisation non

économique, à l'aide du modèle de Nonaka, qui présente l'utilité de ce modèle d'analyse pour diagnostiquer des situations de partage de connaissances.

Nous tenons, dans cette conclusion, à présenter les limites du travail effectué et ce, à différents niveaux de la recherche.

Au niveau méthodologique, certaines limites purement techniques ont déjà été abordées au sein même de la partie méthodologique. À l'instar de Ron Levy (1994, p. 98) nous pensons que « le constructivisme se distingue par son acceptation de la multiplicité des résultats. En conséquence, un processus constructiviste n'arrive jamais à une conclusion finale. Il est un processus dans lequel l'investigation, l'investigateur et les investigués sont en continuelle évolution ! ». Ainsi, nous pensons que nous n'embrassons qu'une partie de la réalité puisque notre recherche est limitée à un espace-temps qui a évolué. De plus, par pudeur, par difficulté éthique et technique, un seul tradipraticien a été consulté et nous n'avons pas intégré de patients parmi nos répondants. Les informations fournies sur leurs trajectoires thérapeutiques ou sur leurs intentions ne sont, en définitive, que les interprétations d'autres acteurs et constituent de ce fait, une autre limite au travail.

S'agissant de la présentation des résultats, leur production repose sur notre observation et notre compréhension du terrain qui sont subjectives. Outre le fait que nous sommes tributaires de ce que les gens ont bien voulu nous rapporter, leurs propos ont été analysés et compris par nous et sont peut-être biaisés.

Au niveau de l'analyse, nous avons fait face à un phénomène complexe : pour comprendre et expliciter, il a fallu résumer et synthétiser. Ainsi, un certain nombre d'éléments ont, sciemment ou non, été mis de côté, ce qui constitue aussi une limite de notre travail. Par exemple, nous parlons essentiellement de la pratique médicale clinique et non de la recherche. Or, nous savons qu'au niveau de la recherche, certaines expériences sont en cours pour déterminer les molécules actives utilisées par certains tradipraticiens.



Enfin, au niveau de la forme, la difficulté de replacer dans une modélisation théorique la complexité d'une situation, nous a poussée à simplifier un phénomène qui ne demande qu'à être approfondi. Les exemples utilisés pour illustrer les concepts théoriques appartenant à un espace-temps, nous pensons que notre présentation des principaux concepts en sections et sous-sections conférera peut-être au modèle de Nonaka un caractère figé et simpliste, alors que ce dernier est par essence, dynamique et non séquentiel.

Pour toutes ces raisons et par le fait même que notre recherche ne visait que la compréhension d'une problématique et le test d'un modèle de gestion des connaissances, nous ne nous permettrons pas, dans ce rapport, de proposer des recommandations.

Le partage de savoir traditionnel et biomédical étant un sujet tellement vaste et complexe qu'une analyse plus poussée est évidemment à souhaiter. Les perspectives de recherche pourraient ainsi être de deux ordres.

Premièrement, nous proposons des perspectives approfondissant le sujet (micro-perspectives). Ainsi, une présence prolongée sur le terrain permettrait d'interroger davantage de répondants, d'intégrer plus intimement le milieu afin de gagner la confiance des protagonistes et d'accéder aux subtilités qui nous ont échappé. Par une approche plus intime du terrain, il serait intéressant de pouvoir analyser le partage de connaissance à d'autres niveaux ontologiques ou entre d'autres acteurs. Par exemple, le rôle que jouent les associations dans ce partage des connaissances pourrait être approfondi. Véritables intermédiaires entre le médecin et le patient, ces dernières ont une place de choix pour favoriser la construction d'un pont entre les deux savoirs. Découvertes seulement une fois sur le terrain, il est à noter ici que les membres des associations, dont une des nombreuses tâches est de traduire les concepts biomédicaux aux patients qui ne parlent pas le français pourraient jouer un rôle intéressant. Leur position charnière entre deux « compréhensions » de la maladie leur confère un statut « d'actifs en connaissances » stratégiques au sens où l'entend Nonaka.



On peut aussi, afin d'affiner l'enquête, se rendre dans la capitale ou dans d'autres villes pour observer comment s'articulent les connaissances et voir si le phénomène que nous avons observé à Bobo Dioulasso est généralisable à l'ensemble du pays.

Enfin, nous proposons aussi des perspectives qui pourraient aller au-delà du terrain burkinabè (macro-perspectives) en nous intéressant à d'autres cas. Ainsi, une autre voie intéressante à aborder serait celle de la Chine. Comprendre comment se fait là-bas, la combinaison de la médecine traditionnelle et de la médecine moderne. Sans chercher à comparer le Burkina Faso à la Chine, dont l'histoire et la culture sont fort différentes, il serait néanmoins passionnant de comprendre pourquoi, à l'inverse du Burkina Faso, il s'est opéré une reconnaissance de la médecine traditionnelle par la médecine moderne. Est-ce parce que le savoir biomédical n'a pas été imposé dans un contexte de colonisation ? Est-ce parce que le savoir traditionnel chinois était déjà largement explicité ? Quelles sont, en somme, les ressemblances et les différences de trajectoires de ces deux pays ?

BIBLIOGRAPHIE <sup>A</sup>

- Aillot, S. 1999. *Savoirs du Sud: connaissances scientifiques et pratiques sociales; ce que nous devons aux pauvres du Sud*, C.L Mayer Coll. «Réseau Réciprocité des Relations Nord Sud». Paris, 126 p.
- Aktouf, O. 1987. *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations, une introduction à la démarche classique et une critique*, Presse de l'université du Québec. Québec, 213 p.
- Balley, J-F. 2002. *Tous managers du savoirs ! La seule ressource qui prend de la valeur en la partageant*, D'organisation. Paris, 430 p.
- Banque Mondiale. 1998. *Connaissances autochtones pour le développement: un cadre pour l'action*: Banque mondiale
- Beaud, S., Weber, F. 2003. *Guide de l'enquête de terrain*, La Découverte. Paris, 356 p.
- Beckwith, C., Fisher, A. 1999. *Cérémonie d'Afrique*, 2 t., La Martinière. Paris.
- Beyou, C. 2003. *Manager les connaissances: du Knowledge Management au développement des compétences dans l'organisation*, Édition Liaisons, Reuil Malmaison. 206 p.
- Bounfour, A. 1998. *Le management des ressources immatérielles*, Dunod. Paris, 268 p.
- Bouvard, P., Storhay, P. 2002. *Knowledge Management: Vade Mecum*, EMS. Collombelle, 136 p.
- Bresman, H., Birkinshaw, J., Nobel, R. 1999. «Knowledge transfer in international acquisitions». *Journal of International Business Studies*, vol. 30, no 3, p. 439-462.
- Chevrier, Sylvie. 2000. *Le management des équipes interculturelles*, Presse Universitaire de France. Paris, 211 p.
- Cnls/ist. 2001. *Cadre stratégique de lutte contre le VIH 2001-2004*, Ouagadougou conférence table ronde.

---

<sup>A</sup> Les citations des références en anglais sont des traductions libres.

- Dozon, J-P. 1996. «Quelques réflexions sur les médecines traditionnelles et le sida en Afrique ». In *Anthropologie et sida; bilan et perspectives*, Karthala. Paris, 380 p.
- Ellen, R., Harris, H. 2000. *indigenous environmental knowledge and its transformation . Critical anthropological perspectives.*, Harwood Academic Publishers. Pays Bas.
- Foray, D. 2000. *L'économie de la connaissance*, La Découverte. Paris, 113 p.
- Girard, P-M., Katlama, C., Pialoux, G. 2004. *VIH 6<sup>ème</sup> édition*, Doin éditeur. Paris, 636p.
- Gobatto, I. 1999. *Être médecin au Burkina Faso: dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*, L'Harmattan. Paris, 295 p.
- Grenier, L. 1998. *Connaissances indigènes et recherche; un guide à l'intention des chercheurs*. Ottawa.
- Gruénais, Marc-Éric. 1996. «Être malade ou être sidéen». In *Anthropologie et sida; Bilan et perspectives*, Karthala. Paris
- Gupa, A.K, Govindarajan, V. 2000. «Knowledge Flows within multinational corporations». *Strategic Management Journal*, vol. 21, no 4, p. 473-496.
- Hofstede, G., Bollinger, D. 1987. *Les différences culturelles dans le management* Organisation. Paris, 268 p.
- Holden, N. 2001. «Knowledge Management: Raisng the spectre Of Cross-cultural Dimension». *Knowledge and Process Management*, vol. 8, no 3, p. 155-163.
- Jensen, R., Szulanski, G. 2004. «Stickness and the adaptation of organisational practices in cross-border knowledge transfers». *Journal of International Business Studies*, vol. 35, p.508-523.
- Kaboré, B. 2002. *Histoire politique du Burkina Faso, 1919-2000*: L'Harmattan, Paris, 667p.
- Kogut, B., Zander, U. . 2003. «Knowledge of the firm and the evolutionary theory of multinational corporation ». *Journal of International Business Studies*, vol. 34, p.516-529.
- Laplante, J. 2002. *Pouvoir guérir, médecines autochtones et humanitaires*. Presse de l'Université de Laval. Laval, 320 p.
- L'état du monde. 2005. *L'État du monde : annuaire économique géopolitique mondial 2005*, Édition La découverte Boréal. Montréal.
- Mace G., Pétry, F. 2000. *Guide d'élaboration d'un projet de recherche*. Les presses de l'Université Laval, 134 p.

- Martin, V. 2005. «Les études qualitatives: les approches qualitatives en sciences sociales et leur prolongement en Marketing. Zoom sur l'entretien non directif». *Revue Française de Marketing*, vol. 204, p.85-97.
- Nathan, T., Lewertowski, C. 1998. *Soigner; le virus et le fétiche* Odile Jacob. Paris, 206 p.
- Nonaka, I., Toyama, R. 2002. «A firm as a dialectical being towards a dynamic theory of a firm». *Industrial ans corporate change*, vol. 11, no 5, p. 995-1009.
- Nonaka, I., Toyama, R. 2003. «The knowledge creating theory revisited: knowledge creation as a synthesizing process ». *Knowledge Management Reaserch & Practices*, vol. 1, p. 2-10.
- Nonaka, I., Toyama, R. 2005. «The theory of the knowledge-creating firm: subjectivity, objectivity and synthesis». *Industrial ans corporate change*, vol. 14, no 3, p. 419-436.
- Nonaka, I., Konno, N. 1998. «The concept of "Ba": building a foundationfor knowledge creation». *California Management Review*, vol. 40, no 3, p. 40-54.
- Nonaka, I., Takeuchi, H. 1997. *La connaissance créatrice: la dynamique de l'entreprise apprenante*, De Boek Université. Paris, 303 p.
- OMS. 2004. *Rapport sur la santé dans le monde*
- ONUSIDA. 2004. *Rapport sur l'épidemie mondiale de SIDA : 4ème rapport mondiale* Genève ONUSIDA, 236 p.
- Paraponis, C. 2002. «Le management des connaissances et la gestion des compétences: les pratiques au seins des multinationales». *La revue des Sciences de Gestion: Direction et Gestion*, vol. 37, no 196-197, p.105-120.
- Penrose, E-T. 1959. *the theories of the growth of the firm*, John Wiley & sons inc., New York, 271 p.
- Piron, F., Ringtounda, F. 1994. «Les savoirs locaux, la formation non formelle et le développement international: trois études de cas menées aux Burkina Faso». p. 75 Québec: Université de Laval, Centre Sahel.
- Polanyi, M. 1966. *The tacit dimension*, Doubleday & Company, inc New York, 108 p.
- Quivy, R., Van Campenhoudt, L. 1988. *Manuel de recherche en sciences sociales* Dunod. Paris, 270 p.
- Rahnema, M. 2003. *Quand la misère chasse la pauvreté*, Fayard Actes Sud. Paris, 321 p.
- Robert, A., Bouillaguet, A. 1997. *L'analyse de contenu*, Que sais-je? Presse Universitaire de France Paris, 126 p.

- Sainsaulieu, R. 1977. *L'indentité au travail. Les effets culturels de l'organisation* Paris: Presse de la Fondation nationale des sciences politiques.
- Sveiby, K-E. 2000. *Knowledge Management: la nouvelle richesse des entreprises; savoir tirer profit des actifs immatériels de sa société* Maxima. Paris, 323 p.
- Tarondeau, J.C. 1998. *Le management des savoirs*, Presse Universitaire de France. Paris, 125 p.
- Vernon, D. 1996. « Un exemple d'anthropologie adaptée: un programme de prévention contre le sida pour les Noirs Marrons de Guyane ». In *Anthropologie et sida, bilan et perspectives*, Karthala. Paris, 380 p.
- Von Krogh, G., Ichijo, K., Nonaka, I. 2000. *Enabling Knowledge creation: how to unlock the mystery of tacit knowldge and release the power of innovation*, Oxford University press. Oxford, 292 p.

## APPENDICE A

## DÉCLARATION D'ALMA ATA

La conférence internationale sur les soins de santé primaires, réunie à Alma-Ata ce 12 septembre 1978, soulignant la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels de secteurs de santé et du développement, ainsi que de la communauté mondiale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde, déclare ce qui suit :

1. La conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé.
2. Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays.
3. Le développement économique et social, fondé sur un nouvel ordre économique international, revêt une importance fondamentale si l'on veut donner à tous, le niveau de santé le plus élevé possible et combler le fossé qui sépare sur le plan sanitaire les pays en développement et les pays développés. La promotion et la protection de la

santé des peuples sont la condition sine qua non d'un progrès économique et social soutenu en même temps qu'elles contribuent à une meilleure qualité de la vie et à la paix mondiale.

4. Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en oeuvre des mesures de protection sanitaire qui lui sont destinées.
5. Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement conforme à la justice sociale.
6. Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.
7. Les soins de santé primaires :

1. reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socio-culturelles et politiques du pays et des communautés dont ils émanent et sont fondés sur l'application des résultats pertinents de la recherche sociale et biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que sur l'expérience de la santé publique;
2. visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet,
3. comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels;
4. font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs;
5. exigent et favorisent au maximum l'autoresponsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer,
6. doivent être soutenus par des systèmes d'orientation/recours intégrés, fonctionnels et se soutenant mutuellement, afin de parvenir à l'amélioration



progressive de services médico-sanitaires complets accessibles à tous et accordant la priorité aux plus démunis,

7. font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnels de santé - médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que s'il y a lieu, praticiens traditionnels - tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité.
8. Tous les gouvernements se doivent d'élaborer au plan national des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à introduire et à maintenir les soins de santé primaires dans un système national de santé complet et à les coordonner avec l'action d'autres secteurs. À cette fin, il sera nécessaire que s'affirme la volonté politique de mobiliser les ressources du pays et d'utiliser rationnellement les ressources extérieures disponibles
9. Tous les pays se doivent de coopérer dans un esprit de solidarité et de service en vue de faire bénéficier des soins de santé primaires l'ensemble de leur population, puisque l'accession de la population d'un pays donné à un niveau de santé satisfaisant intéresse directement tous les autres pays et leur profite à tous. Dans ce contexte, le rapport conjoint FISE/OMS sur les soins de santé primaires constitue une base solide pour l'avenir du développement de la mise en oeuvre des soins de santé primaires dans le monde entier.
10. L'humanité tout entière pourra accéder à un niveau acceptable de santé en l'an 2000 si l'on utilise de façon plus complète et plus efficace les ressources mondiales dont une part considérable est actuellement dépensée en armements et en conflits armés. Une politique authentique d'indépendance, de paix, de détente et de désarmement pourrait et devrait permettre de dégager des ressources supplémentaires qui pourraient très utilement être consacrées à des fins pacifiques et en particulier à l'accélération du développement économique et social dont les soins en santé primaires, qui en sont un élément essentiel, devraient recevoir la part qui leur revient.

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires demande instamment que soit lancée d'urgence, aux plans national et international, une action efficace pour développer et mettre en oeuvre les soins de santé primaires dans le monde entier et, en particulier, dans les pays en développement, conformément à l'esprit de la coopération technique et d'un nouvel ordre économique international. Elle appelle les gouvernements, l'OMS et le FISE et les autres organisations internationales ainsi que les organismes multilatéraux et bilatéraux, les organisations non gouvernementales, les organismes de financement, tous les personnels de santé et l'ensemble de la communauté mondiale à appuyer aux plans national et international l'engagement de promouvoir les soins de santé primaires et à lui fournir un soutien technique et financier accru, en particulier dans les pays en développement. La Conférence les exhorte tous à collaborer pour instaurer, développer et maintenir les soins de santé primaires conformément à l'esprit et à la lettre de la présente Déclaration.

## APPENDICE B

## GUIDE D'ENTRETIEN

Tel que mentionné dans la méthodologie, nous n'avons pas élaboré de guide d'entretien, par contre, nous présentons ici quelques questions que nous voulions absolument aborder.

Q1 : On parle beaucoup dans les projets de développement de l'imposition d'un savoir sur l'autre – notamment du savoir biomédical sur le savoir traditionnel – est-ce que c'est quelque chose que vous avez pu observer dans vos projets ?

Q2 : Quelles sont les mesures organisationnelles qui sont prises pour prendre en compte le savoir local ou la différence culturelle ?

Q3 : Faites-vous face à des « contradictions culturelles », comment les réglez-vous ? Avez-vous le sentiment que la direction est engagée dans un processus de création/partage des savoirs? Si oui, comment ?

Q4 : Comment actualisez-vous vos connaissances ?

Q5 : Est-ce que les formations données au Burkina Faso sont adaptées au contexte ou est-ce que ce sont les mêmes formations disponibles en France ? Qui est formé ? À quoi ? Comment ?

Q6 : Quel langage est utilisé dans les différentes activités (conférences, cours, réunions, rapport avec les familles...) Si recours à interprète pourquoi ?

Q7 : Vous est-il arrivé de reconsidérer vos façons de faire, de réaliser que ce que vous aviez appris ou ce que vous aviez l'habitude de faire n'était pas optimal. Si oui dans quel contexte ? Face à qui ? Sur quoi ? Comment ? Suite à quoi ?

Q8 : Vous est-il arrivé de parler des difficultés que vous éprouvez à cause des différences culturelles à quelqu'un ? de manière formelle ou informelle ? Qu'est-ce qu'il en a résulté ?

Q9 : Estimez-vous avoir confiance dans les autres parties (médecins français, patients, personnel médical) ?

Q10 : Avez-vous le sentiment de détenir des savoirs spécifiques que ne reconnaît pas la médecine biomédicale ?

## APPENDICE C

## PRÉSENTATION DES RÉPONDANTS

		Profession/ Fonction	Tranche d'âge	Sexe	Origine	Localisation
Entretien exploratoire	1	Médecin	40-60	Masculin	Française	Paris France
	2	Direction de l'anrs	40-60	Féminin	Française	Paris France
	3	Professeur Linguistique	40-60	Masculin	Maliennne	Paris France
Entretiens semi dirigés	4	Médecin (clinique) Hôpital Souro- Sanou	40-60	Masculin	Burkinabè	Bobo Dioulasso Burkina Faso
	5	Infirmier Hôpital de jour	40-60	Masculin	Burkinabè	Bobo Dioulasso Burkina Faso
	6	Médecin (clinique) Hôpital de jour	20-40	Masculin	Burkinabè	Bobo Dioulasso Burkina Faso
	7	Infirmier Centre Muraz	40-60	Masculin	Burkinabè	Bobo Dioulasso Burkina Faso
	8	Infirmier Centre Muraz	20-40	Masculin	Burkinabè	Petit village Burkina Faso
	9	Médecin (clinique) Hôpital de jour	40-60	Masculin	Burkinabè	Bobo Dioulasso Burkina Faso

10	Infirmier Hôpital de jour	20-40	Masculin	Français	Bobo Dioulasso Burkina Faso
11	Médecin (recherche) Centre Muraz	40-60	Féminin	Burkinabè	Bobo Dioulasso Burkina Faso
12	Médecin (recherche) Centre Muraz	40-60	Masculin	Burkinabè	Bobo Dioulasso Burkina Faso
13	Médecin (recherche) Centre Muraz	40-60	Masculin	Burkinabè	Bobo Dioulasso Burkina Faso
14	Tradipraticien	60-80	Masculin	Burkinabè	Petit village Burkina Faso
15	Tradipraticiens (association)	20-40	Masculins	Burkinabès	Bobo Dioulasso Burkina Faso
16	Association de et pour les malades	20-40	Féminin	Burkinabè	Bobo Dioulasso Burkina Faso
17	Association de et pour les malades	20-40	Féminin	Burkinabè	Bobo Dioulasso Burkina Faso
18	Association de et pour les malades	20-40	Féminin	Burkinabè	Bobo Dioulasso Burkina Faso
19	Association de et pour les malades	20-40	Féminin	Burkinabè	Bobo Dioulasso Burkina Faso

## APPENDICE D

## GUIDE D'OBSERVATION

LE MODÈLE DE CREATION DE CONNAISSANCES		
Socialisation Partage du tacite	Les lieux	Quels sont les lieux de partage des connaissances tacites ?
		Est-ce que la formation comprend un volet pratique qui engloberait les savoirs autochtones?
	sentiment de confiance ?	Y-a t'il un sentiment de confiance entre les parties ?
Extériorisation Conversion du tacite en explicite	Qui sont les gens	
Combinaison Des savoirs explicites		Existe t-il des bases de données ?
		Y-a t'il un réseau Internet ?
		Bibliothèque
Intériorisation Passage de l'explicite au tacite	Mentors /pratiques	

LES COMPOSANTS DE LA STRUCTURES DU PROCESSUS SECI			
Knowledge Vision	Laquelle	Quelle est la vision de l'organisation ?	
		Quels sont les buts de l'organisation ?	
		Quelle est la teneur de la vision en matière de connaissances ?	
	Mode de transfert	Par affichage ?	
		Par envoi mail ?	
		Par relations informelles ?	
		Quelle langue ?	
Objectifs porteurs		Quels sont les buts ?	
		Quelles sont les actions concrètes entreprises pour soutenir l'atteinte de ces buts ?	
		Comment sont évalués les buts ?	
Dialogue :	Synthèse des contradictions	Êtes-vous en présence de contradictions	
		Comment réglez vous ces contradictions?	
Pratique : Synthèse des actions	Mode de transmission	Quels sont les modes de transmission des savoirs	
	Mode d'internalisation; rendre tacite les nouvelles connaissances explicitées	Exemple : formulation d'un nouveau règlement	
Le Ba	Physique	Description (Cantine, réunions, activités, ...)	
		Fréquence des rencontres	
		Mixité des rencontres (culturel/professionnel)	
	Virtuel	Êtes-vous en contact avec un réseau de personnes susceptible de vous transférer des connaissances via Internet ?	
		Intranet ?	
		Téléphone ?	
		Mixité des liens (culturel/professionnel)	
	Mentaux	Estimez-vous qu'il existe une culture médicale transcendant les cultures?	
		Estimez-vous pouvoir pénétrer l'autre culture ?	
Les actifs en connaissance	Capital social (?)		

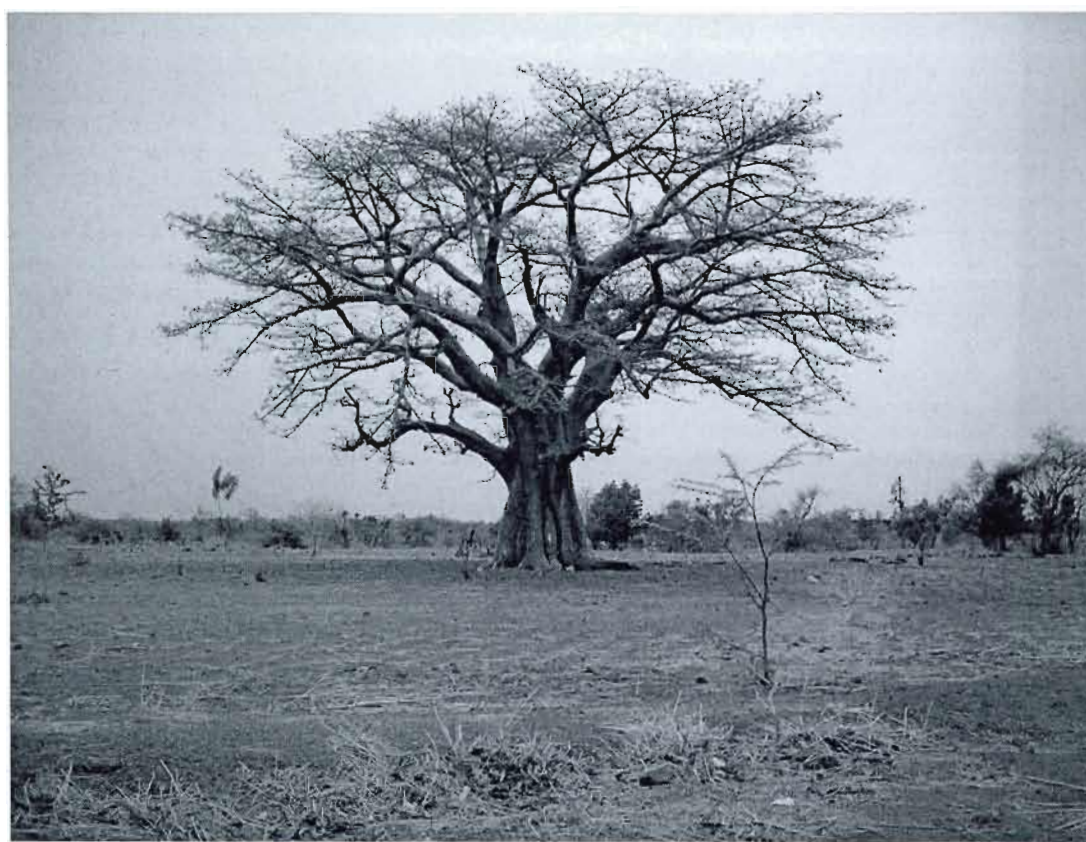


ENVIRONNEMENT ÉCOSYSTÈME	RELATIONS AVEC LES PATIENTS	
	Relations avec le personnel de santé	
	Relation avec les médecins	
	Relation avec les centres de recherche	
	Relations avec les universités	
	Relation avec les autres hôpitaux	
	Relations avec les associations	
<b>5 ENABLING CONDITIONS</b>		
1) Installer une vision qui comporte la création de savoirs	Engagement de la part de la direction	
	Généralisation	
	Style spécifique	
	Focus sur la restructuration de l'actuel système de connaissances	
	Focus sur la restructuration de l'actuel système de tâches	
	Une communication externe des valeurs	
2) GÉRER LES CONVERSATIONS	Encourager activement la participation	
	Établir des étiquettes de conversations	
	Éditer correctement les conversations	
	Encourager le langage innovant	
3) Mobiliser les		

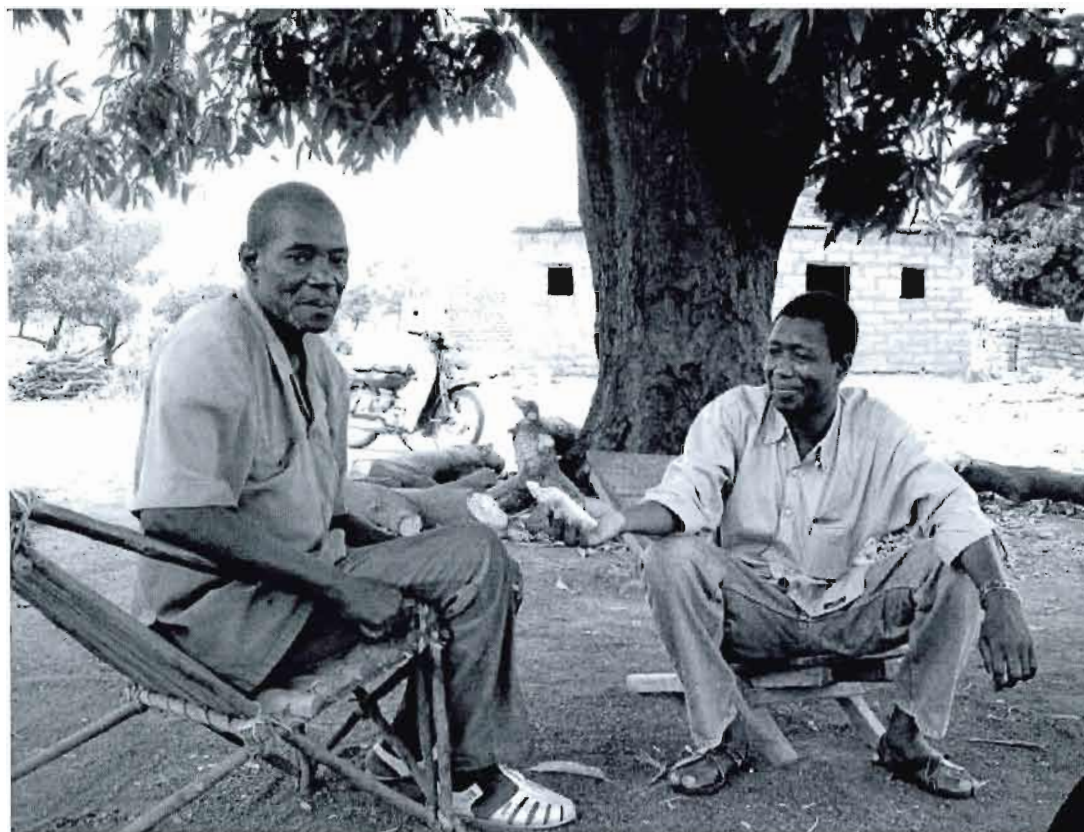
«activistes des connaissances»		
4) Créer le bon contexte		
5) Globaliser le savoir local		
LES CONDITIONS DE CREATION DES CONNAISSANCES		
L'intention		
L'autonomie		
LES FLUCTUATIONS ET CHAOS CRÉATIF		
La redondance		
La variété requise		
AUTRE		
Le langage utilisé	Avec qui ?	Entre les médecins mixtes
		Entre médecins BF
	Quand ?	En réunion
		Pendant les pauses
		Pendant les consultations
	Où ?	Au sein de l'hôpital
		En dehors de l'hôpital
Les modes de transmission	Formels	Réunion
		Cours
		Manuel
	Informels	Apprentis-maîtres
		Composition des équipes

## APPENDICE E

## QUELQUES PHOTOS SUPPLÉMENTAIRES



**Photo 1E :** Arbre à génies, le savoir traditionnel est un système cognitif faisant partie d'un ensemble complexe qui inclut aussi la spiritualité et la conception du monde. Mai 2006.



**Photo 2E :** La rencontre avec un tradipraticien (à gauche) rendue possible grâce au traducteur (à droite).